FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Léon BELLARD

Interne des Hôpitaux et de la Maternité de Rouen
Né le 24 juin 1894 à Beaumetz (Somme)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

VOMIQUE HYDATIQUE CURATIVE

Président : M. CHAUFFARD, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924

LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER...	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expérimentle.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.	
RETTERER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.

MM.	
OMBRÉDANNE.	Clinique chirurgicale infantile.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
TERRIEN.....	Cliniq. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM	MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
	FREY.....	Stomatologie.
	N.	Éducation physique.
	LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES AMIS

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS ET DE ROUEN

À M. LE PROFESSEUR F. DÉVÉ

Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hospice Général
Chevalier de la Légion d'honneur

Inspirateur de ce travail.

À NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. CHAUFFARD

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique médicale à la Faculté
Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

VOMIQUE HYDATIQUE CURATIVE

INTRODUCTION

C'est une question fort controversée que celle dont nous allons aborder l'étude. Depuis une douzaine d'années qu'elle a été remise à l'ordre du jour par un travail de notre maître M. le Professeur Dévé (1) et par la thèse de son élève Lepicard (2), elle a suscité, surtout dans les pays où le kyste hydatique est d'observation courante, des opinions contradictoires. Comme le disait récemment le professeur Chauffard dans une de ses cliniques consacrées à ce sujet : « la discussion reste ouverte ».

Aussi M. Dévé nous a-t-il proposé de reprendre, avec l'appui de quatre observations cliniques inédites, la discussion du sujet déjà traité par lui à deux reprises, en 1911 et en 1922. Et c'est sur son conseil que nous

1. F. Dévé, Doit-on opérer tous les kystes hydatiques du poumon ? (*La Normandie médicale*, 15 juillet 1911).

2. S. Lepicard, *La vomique hydatique pulmonaire. Sa valeur curative.* Thèse de Paris, juin 1912.

avons fait de cette étude l'objet de notre thèse inaugurale.

Quel est le pronostic de la vomique hydatique ?

Doit-on la regarder comme une complication, comme un événement fâcheux qui, loin d'écarter l'intervention chirurgicale, la commande à plus forte raison ? Ou doit-on attribuer au rejet des membranes hydatiques par les bronches une valeur libératrice, telle qu'elle doive engager le clinicien à s'en remettre, dès lors, au processus curatif naturel ?

Telle est, posée sous une forme générale, la question en litige. Disons dès maintenant qu'elle ne saurait être tranchée ainsi, globalement, par une réponse univoque. Comme nous le verrons, les faits comportent une divisions capitale trop souvent perdue de vue et qui explique en grande partie, nous en sommes persuadé, la contradiction des opinions soutenues.

Le sujet a déjà été envisagé dans la thèse de S. Lepicard et l'on trouvera dans cet excellent travail un historique de la controverse, sur lequel nous ne reviendrons pas. Il sera, par contre, intéressant de passer en revue *les opinions exprimées sur le sujet depuis la thèse de notre prédécesseur.*

Nous avons estimé inutile de reprendre l'étude anatomo-pathologique, pathogénique et clinique de la vomique hydatique pulmonaire, très complètement faite dans la thèse dont nous venons de parler.

Nous nous attacherons surtout à mettre en balance les *complications éventuelles de la vomique* abandonnée à son évolution naturelle *et de l'intervention sanglante*, dans les cas de kystes ayant donné lieu

à une expectoration d'hydatides. Nous envisagerons ensuite le *pronostic global de la vomique spontanée*. Enfin nous nous efforcerons de préciser les *conditions plus particulièrement propices à la guérison spontanée par vomique*. De cette étude découleront les *indications respectives de l'expectation médicale et de l'intervention chirurgicale*.

Tel est le plan de notre travail.

Spécifions bien qu'il ne sera pas question du traitement « médical » des kystes du poumon par les ponctions, traitement chaque jour plus délaissé, et à juste raison. Nous ne nous occuperons, par définition même, que des *cas dans lesquels se sera produite une* **vomique d'éléments hydatiques**.

Mais, avec M. Dévé, nous préciserons davantage, en disant que nous aurons exclusivement en vue les cas où la vomique sera *survenue* **spontanément**. Aussi bien est-ce l'éventualité, de beaucoup, la plus habituelle. Nous laisserons donc hors de notre cadre les faits très particuliers dans lesquels la vomique aura été artificiellement provoquée par une ponction évacuatrice ou exploratrice. En pareille circonstance, on a affaire à des kystes corticaux, plus ou moins volumineux, simulant des pleurésies et, au surplus, généralement ponctionnés comme tels. Les cas de cet ordre, nous aurons l'occasion de le dire, sont toujours, et d'emblée, justiciables du traitement chirurgical.

Avant d'entrer en matière, nous tenons à exprimer à notre maître, le Professeur Dévé, nos profonds remerciements pour les conseils qu'il nous a donnés au cours de la préparation de notre travail. Pouvions-

nous avoir, dans une semblable étude, de meilleur guide que lui ? Et s'étonnera-t-on de trouver son opinion et ses travaux invoqués pour ainsi dire à chaque pas ?

Grâce à la riche documentation qu'il a mise à notre disposition, nous avons pu faire état de nombreux travaux français et étrangers ayant trait à notre sujet. En outre, M. Dévé a eu la bienveillance de nous confier la relation inédite de quatre cas observés par lui depuis la guerre et qui, d'ailleurs, viennent pleinement confirmer l'opinion qu'il avait soutenue dès 1911.

Enfin, nous n'oublierons pas le précieux enseignement clinique que nous avons reçu de lui, pendant l'année d'externat que nous avons passée dans son service de l'Hospice Général de Rouen. C'est assez dire toute l'étendue de notre reconnaissance à son égard.

Nous remercions également bien vivement M. le Professeur Jeanne, Chirurgien de l'Hospice Général, qui nous fit bénéficier, pendant plus de deux ans, comme externe puis comme interne, de son enseignement si clair et si précis.

A M. le Professeur Halipré, qui a bien voulu nous accepter comme interne dans son service, nous exprimons notre reconnaissance pour son bienveillant accueil et ses instructives leçons cliniques.

Nous exprimons également notre gratitude à M. le Dr Payenneville, à M. le Dr Loisel et à M. le Dr Magniaux pour leur enseignement si apprécié et leurs conseils éclairés.

Enfin, nous prions M. le Professeur Chauffard de bien vouloir agréer notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant

la présidence de cette thèse. Et nous le remercions bien vivement, en outre, pour les leçons cliniques si précieuses qu'il nous a prodiguées pendant l'année que nous avons eu la bonne fortune de passer, comme stagiaire, en revenant du front, dans son service de l'Hôpital Saint-Antoine.

I

APERÇU HISTORIQUE

Revue générale

« L'évolution des idées médicales en matière de traitement des kystes hydatiques du poumon a suivi les progrès réalisés par la chirurgie pulmonaire » (Lepicard).

On comprend sans peine qu'à l'époque de Trousseau, les médecins aient été partisans résolus de l'expectation et qu'ils aient unanimement partagé l'opinion, si souvent reproduite, du grand clinicien de l'Hôtel-Dieu : « *En général, le plus sage est de s'abstenir et de rester spectateur attentif des efforts de la nature* ».

Mais vers la fin du XIXe siècle, en présence des succès grandissants de la chirurgie thoracique, l'opinion médicale devait peu à peu se modifier. Au Congrès international de Moscou (1897) Tuffier avait pu déclarer que « *la thérapeutique du kyste hydatique du poumon est d'ordre exclusivement chirurgical* ».

Dès lors, cette règle de conduite devait trouver des partisans chaque jour plus convaincus et plus nombreux, non seulement parmi les chirurgiens, mais aussi parmi les médecins.

Rappellerons-nous quelques-unes des formules émi-

ses à ce sujet dans nos ouvrages classiques de la première décade du XX^e^ siècle ?

« *Le traitement chirurgical est indiqué dans tous les cas où le diagnostic de kyste hydatique* (du poumon) *a pu être posé* » (PIQUAND, 1907).

« *La guérison spontanée* (des kystes hydatiques du poumon) *est théoriquement possible. Elle n'est pas démontrée et l'on ne doit pas l'escompter.* Au contraire, le traitement chirurgical donne la guérison dans 90 0/0 des cas » (OMBRÉDANNE, 1909).

« *Que le kyste du poumon soit ouvert et suppuré ou qu'il soit intact, l'opération est toujours indiquée* » (GUYOT, 1910).

« *Le traitement médical n'existe pas.* L'expectation conseillée par Trousseau donne des résultats déplorables. *Il faut recourir à l'intervention chirurgicale dès que le diagnostic est fait* » (MÉRY et BABONNEIX, 1910).

« *Le seul traitement des kystes hydatiques du poumon est leur extirpation par pneumotomie* » (TUFFIER et MARTIN, 1911).

« *Il n'y a pas de traitement médical des kystes hydatiques du poumon* » (SOULIGOUX, 1911).

L'opinion médico-chirurgicale en était là lorsque, en juillet 1911, notre maître M. Dévé — à la suite d'un voyage dans les Landes, où il avait entendu « de simples praticiens ayant une grande expérience de la maladie hydatique » déclarer que *les kystes du poumon guérissent presque toujours spontanément après vomique* — posa la question : « Doit-on opérer tous les kystes hydatiques du poumon ? »

Déjà quelques mois auparavant, Cruchet avait émis, à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, l'opinion que « la tendance actuelle, qui est d'intervenir chirurgicalement, procède d'une vue un peu théorique ». A la suite de la vomique avec rejet de membranes, ajoutait-il, « la guérison survient presque toujours ». Et plusieurs de ses collègues bordelais, Mongour, Carles, Verdelet, Micheleau, avaient apporté des faits venant à l'appui de cette manière de voir (1).

Mais c'est surtout M. Dévé, avec sa particulière autorité, qui *s'éleva contre* les affirmations réitérées des chirurgiens au sujet de « l'*extrême gravité de la vomique* », au sujet de « la *gravité*, *immédiate ou tardive*, *de la* **prétendue vomique curative** » (Tuffier).

Armé d'une série de documents cliniques originaux, irréfutables, et d'un solide faisceau d'arguments statistiques, anatomo-pathologiques ou tirés de la pathologie comparée, il soutint que « dans la réalité, l'élimination spontanée des kystes hydatiques pulmonaires dans les bronches est loin d'être aussi « grave » que les chirurgiens se sont plu à l'affirmer ». Il ajoutait : « Quoiqu'en dise Tuffier, *on peut très légitimement parler d'une* **vomique hydatique curative**. On peut même la donner comme un des beaux exemples de la *Vis mediatrix naturæ* ».

Il résultait, en effet, de l'analyse critique à laquelle M. Dévé s'était livré que « loin d'avoir l' « extrême », l' « effrayante » gravité dont nous parlent Piquand, Tuffier, Guimbellot et Souligoux, loin de donner, comme ils le laissent entendre, de 50 à 64 0/0 de mortalité, *la vomique hydatique pulmonaire abandon-*

née à son évolution naturelle, serait suivie de **guérison dans plus de 80 0/0 des cas ».**

M. Dévé montrait, en terminant, que les kystes hydatiques du poumon doivent être séparés en deux groupes essentiellement différents, tant au point de vue clinique qu'au point de vue pronostique et thérapeutique : les kystes corticaux, para-pleuraux, et les kystes centraux, para-bronchiques, ces derniers restant, en pratique, presque toujours méconnus jusqu'au jour où éclate la *vomique révélatrice*. « Nous disons que *pour ceux-là, pour ces kystes centraux spontanément ouverts dans les bronches*, il n'y a pas lieu, dans la règle, de se presser de faire appel au chirurgien. Car, outre qu'en pareille circonstance l'intervention sanglante est infiniment plus délicate et sérieuse que dans l'autre alternative, *l'opération est le plus souvent inutile* » (**2**).

C'est l'opinion qu'il fit défendre, avec de nombreux documents cliniques et anatomo-pathologiques à l'appui, dans la thèse, devenue aujourd'hui classique, de son interne S. Lepicard (**3**).

Venant à l'encontre des « formules de traitement univoques et absolues » à peu près unanimement acceptées à cette époque, l'opinion de M. Dévé, si elle a été généralement confirmée, depuis lors, par les médecins et aussi par les chirurgiens exerçant en « terres hydatiques », n'a pas été sans soulever, en France et ailleurs, des objections et des critiques. En vérité, les auteurs de ces critiques ne paraissent pas avoir toujours lu avec soin l'exposé fait par notre maître et

certains d'entre eux n'ont peut-être pas une expérience très étendue de l'échinococcose pulmonaire.

Quoi qu'il en soit, nous allons exposer succinctement et impartialement, en une revue générale où l'on verra alterner, au hasard de l'ordre chronologique, les opinions contradictoires émises dans les divers pays, *depuis 1912 jusqu'à ces tout derniers temps*, sur l'importante question que nous avons en vue.

Revue générale chronologique

1912. — Flores-Estrada (de Madrid) estime que « l'ouverture bronchique, qui est un incident fréquent au cours de l'évolution du kyste hydatique du poumon, doit faire tomber le cas du côté de la médecine, qui emploiera *l'expectation* ». Aredondo s'élève contre cette opinion. Pour lui, « il n'y a pas d'autre traitement que le traitement chirurgical ». Goyanes estime, de même, que « quant au traitement, il ne peut être que chirurgical » (4).

A. Schwartz, chirurgien des hôpitaux de Paris, est un partisan convaincu du traitement chirurgical systématique. « La vomique doit être considérée comme une *complication*, parce qu'elle conduit à l'infection et à la suppuration du kyste. Donc, l'ouverture dans une bronche ne change rien aux indications générales. La pneumotomie est tout aussi nécessaire qu'en cas de kyste fermé » (5).

Un autre chirurgien des hôpitaux de Paris, Desmaret reprend la division indiquée par M. Dévé, en kystes « pleuropulmonaires » périphériques et kystes « endopulmonaires » profonds. Ce sont ces derniers, dit-il,

qui « paraissent » avoir évolué vers la guérison spontanée « dans quelques cas » (6).

Par contre, DE FOURMESTREAUX (de Chartres) se range résolument à l'opinion de M. Dévé. « Nous croyons, pour notre part, sans craindre d'être taxé de timidité chirurgicale, *qu'il est des cas de kystes hydatiques du poumon qu'il faut abandonner à leur évolution* ». En cas de kystes centraux il vaut mieux attendre : « La vomique peut amener un heureux résultat » (7).

1913. — A la Société de Chirurgie de Paris, MORESTIN admet que « quant au traitement (des kystes hydatiques du poumon), l'ouverture du kyste et l'extirpation de la membrane hydatique sont actuellement la règle » (8).

Le chirurgien bordelais CHARRIER approuve M. Dévé d'avoir mis en valeur « cette notion trop méconnue peut-être jusqu'à ce jour, à savoir que beaucoup de kystes du poumon guérissent spontanément et que l'on peut réellement à bon droit parler de vomique hydatique curative » (9). Toutefois, critiquant les « médecins expectateurs », il déclare que si la vomique guérit souvent, elle tue quelquefois. « Tant qu'elle est utile, on doit la respecter ; lorsqu'elle va nuire, il faut intervenir ». Aussi conseille-t-il, en cas d'altération de l'état général, de « ne pas prolonger cet état de rétention purulente plusieurs mois, indéfiniment » ! Le travail en question ne fait, en somme, que confirmer les idées de M. Dévé.

En Allemagne, KRUEGER, rapportant dans sa thèse (10) un cas de vomique hydatique suivi de guérison spontanée, considère cette éventualité comme « une grande rareté » (*eine grosse Seltenheit*).

En Uruguay, Morquio, professeur de Clinique médicale infantile, après avoir rappelé l'opinion de M. Dévé, cite plusieurs cas de kystes hydatiques du poumon, observés chez l'enfant, où l'opération resta négative (1). Aussi s'en tient-il maintenant à l'*expectation*, en présence des cas dans lesquels il n'y a manifestement pas de pus dans le poumon. Il dit, à son tour, que « la vomique hydatique se termine le plus souvent favorablement », et que, « contrairement à ce qui a été affirmé, elle a un effet curatif dans plus de 80 0/0 des cas » (**11**).

1914. — Le chirurgien islandais Magnusson se déclare partisan de l'*abstention opératoire* en cas de kystes hydatiques rompus dans les bronches, car la vomique amène le plus souvent la guérison spontanée (**12**).

1915. — « En complet désaccord avec l'opinion soutenue par Lepicard dans sa thèse », Domingo Prat (de Montevideo) écrit : « Ces kystes évacués par vomique, on dit qu'ils guérissent spontanément. Nous n'avons observé cette terminaison heureuse chez aucun de nos cas. Au contraire, nous avons noté que tous ou presque tous les cas déjà évacués nous arrivent avec une expectoration persistante et prolongée exposant à l'infection du poumon » (**13**).

Par contre, Carlos Navarro (de Buenos-Aires), accepte l'opinion de Dévé, défendue par Lepicard. Bon nombre de cavernes hydatiques guérissent spontané-

1. P. de Pena déclare, en effet : « Nous avons eu, en cherchant à traiter certains malades avec kystes suppurés ouverts dans les bronches, une grande difficulté à trouver la cavité. Dans deux ou trois cas, il nous fut impossible de la rencontrer » (*Revista med. del Uruguay*, déc. 1913, p. 570).

ment. *Les kystes ouverts spontanément ne doivent pas être opérés immédiatement* (14).

1916. — « Il y a peu de temps encore, écrit un autre médecin argentin, Lugones, on croyait que la vomique était réellement une complication. Mais Dévé a montré que 80 0/0 des cas guérissent par vomique. L'évacuation des kystes hydatiques pulmonaires est, en réalité, un moyen naturel de guérison, surtout quand le kyste est petit et central » (15).

Un chirurgien uruguayen particulièrement expérimenté, A. Lamas s'exprime ainsi : « Sans être un admirateur de la vomique à la manière de Dévé et Lepicard, nous devons convenir que fréquemment la vomique est suivie de guérison ». Or, « si la chirurgie pulmonaire a beaucoup perdu de sa gravité grâce aux perfectionnements de la technique chirurgicale, nous ne pouvons nier que les manœuvres nécessaires pour évacuer un petit kyste central du poumon exposent la vie du malade ; elles ne sont justifiées que si ce kyste produit des symptômes méritant un traitement » (degré de l'infection, retentissement sur l'état général) (16).

1917. — Dans la thèse de son élève Lavillat, Pélissier (d'Alger), déclare avoir été « certainement ébranlé » par l'argumentation de Dévé et Lepicard. C'est pourquoi « il admettra volontiers quelque tempérament à la formule de la pneumotomie toujours et dans tous les cas de kystes pulmonaires ». Il compte que « l'avenir départagera mieux les interventionnistes et les abstentionnistes... Le jour où la mortalité de la pneumotomie pour kyste du poumon sera approchée de zéro, les chirurgiens auront aisément raison de

ceux qui espèrent encore, à l'heure actuelle, en la vomique curative » (17).

1918. — Verdelet, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, invoquant l'opinion de M. Dévé, estime que « le plus souvent les kystes hydatiques du poumon ne sont pas justiciables de l'intervention toujours très grave ; le plus souvent — sauf quelques complications (pleurésies purulentes, abcès), qui nécessitent l'opération — ils guérissent après vomique » (18).

Zerbino (de Montevideo) apporte, à l'appui de l'opinion de son maître Morquio au sujet de la valeur curative de la vomique hydatique, deux cas observés chez l'enfant. Sa conclusion est que, « en présence d'un kyste pulmonaire évacué par vomique, surtout si le kyste est petit et si la membrane a été expulsée, *l'expectation doit s'imposer* ». Morquio profite de cette communication pour rappeler que conformément à l'opinion de Trousseau et de Dévé, « le kyste tend spontanément à la guérison une fois qu'il est évacué par vomique » (19).

1919. — Trois mois après la précédente communication, Zerbino apporte un nouveau cas de kyste hydatique pulmonaire guéri spontanément par vomique. Il insiste sur le fait que « la proportion des kystes ouverts qui suppurent est moindre chez l'enfant que chez l'adulte. Une garantie de guérison sera l'expulsion de la membrane hydatique, foyer de la suppuration » (20).

En France, à propos d'une observation de Lombard (d'Alger), Lenormant déclare, par contre, péremptoirement, à la Société de Chirurgie : « *La nécessité de l'intervention chirurgicale et de l'ablation du kyste ne se discute pas* » (21).

Bourrat, élève de Cordier (de Lyon), rappelle, dans sa thèse, que « c'est M. Dévé qui, le premier, dans un article de *la Normandie médicale*, puis dans la thèse de son élève Lepicard, a attribué catégoriquement une valeur curative à la vomique hydatique pulmonaire ». Il confirme les indications de l'*abstention* en matière de kyste pulmonaire ouvert dans les bronches (**22**).

A la fin de l'année 1919, Pelfort communique à la Société de Pédiâtrie de Montevideo un cas clinique « qui apporte une preuve de plus de la possibilité de la guérison spontanée du kyste pulmonaire grâce à l'évacuation par vomique » (**23**).

1920. — A l'occasion d'un travail dans lequel il étudie les résultats éloignés des opérations pour kystes hydatiques du poumon (**24**), Pélissier rapporte deux cas de guérison spontanée par vomique, observés chez des enfants. L'un des petits malades avait fait des « accidents infectieux graves » qui, par deux fois avaient incliné le chirurgien vers une intervention. « Il a cependant guéri spontanément » (vérification radioscopique, deux ans plus tard).

E. Finochietto (de Buenos-Aires) a observé 4 cas qui ont guéri par vomique sans opération. « Les kystes centraux s'ouvrent de façon plus précoce dans les bronches. C'est ce qui explique la fréquence de leur guérison par vomique » (**25**). La remarque avait été faite depuis longtemps par Dévé et Lepicard.

1921. — Latteri (de Palerme) écrit : « La terminaison la plus fréquente de l'hydatide pulmonaire est la perforation dans une bronche. Celle-ci peut conduire à la mort rapide par inondation ou, *dans des cas absolument exceptionnels*, selon Piperno et Frœben, *aboutir*

à la guérison. Même dans les cas heureux, la *restitutio ad integrum* est toujours relative, *car* l'implantation des germes pyogènes communs, hôtes habituels de l'arbre respiratoire, conduit à l'établissement d'une cavité suppurante qui communique avec l'extérieur, *senza alcuna tendenza alla guarizione* » (**26**).

Dans une étude d'ensemble sur les kystes hydatiques du poumon chez l'enfant, Morquio confirme à nouveau l'opinion défendue par M. Dévé, d'après laquelle 80 0/0 des kystes du poumon ouverts spontanément dans les bronches guérissent. Sa statistique personnelle est « encore plus favorable ». Car, sur 30 cas de kystes hydatiques ouverts spontanément ou à la suite d'une ponction exploratrice, traités par lui, « tous ont guéri complètement ». Aussi estime-t-il que « le mieux qui puisse arriver à un kyste hydatique du poumon, c'est de s'ouvrir spontanément, cela non seulement pour la guérison, mais pour la forme de guérison » (**27**).

En contradiction formelle avec l'opinion précédente, un chirurgien des hôpitaux de Paris, Baumgartner et son interne Bardon, dans une revue générale, écrivent ce qui suit : « Il est *exceptionnel* — ce sont les auteurs qui soulignent — qu'un kyste hydatique (du poumon) voie ses lésions se cicatriser à la suite d'une vomique hydatique aseptique ou suppurée. Des faits de ce genre ont pu néanmoins s'observer. Les hydatides peuvent mourir. La suppuration peut également détruire les hydatides, s'évacuer par une bronche et laisser à sa place une cavité qui progressivement se cicatrisera à la longue. Ces faits existent ; certains médecins timorés les attendent comme une thérapeutique efficace et sans danger parce que naturelle. *Leur espoir est presque tou-*

jours déçu ». Pour Baumgartner et Bardon, « la thérapeutique du kyste hydatique du poumon est, comme l'avait dit Tuffier au Congrès de Moscou en 1897, *d'ordre exclusivement chirurgical*. Les faits justifient cette affirmation : *l'abstention donne de 50 à 70 0/0 de décès* ; l'intervention 87 0/0 de succès »... « La thérapeutique chirurgicale donne d'excellents résultats et prévient *seule* l'issue fatale à laquelle conduit la maladie abandonnée à elle-même » (**28**).

1922. — En Espagne, Navarro Blasco et Diaz Gomez (de Madrid) écrivent : « Actuellement, il n'existe aucun traitement médical efficace des kystes hydatiques pulmonaires ; *l'opération est l'unique recours thérapeutique* offrant des garanties de succès » (**29**).

Par contre, nous voyons un médecin australien, D. Fairley déclarer que « dans les cas où le kyste s'est rompu dans une bronche et s'est vidé complètement, l'intervention chirurgicale est inutile ». Sur 33 malades atteints d'échinococcose pulmonaire, 10 n'avaient pas été opérés ; 2 d'entre ceux-ci avaient des kystes suppurés et moururent ; les 8 autres, chez lesquels le kyste s'était ouvert dans les bronches, ont guéri (**30**).

Blanc Fortacin (de Madrid) est d'un avis différent. A l'occasion d'un cas où la vomique fut suivie d'un état de cachexie septicémique auquel remédia heureusement une pneumotomie faite *in extremis*, le chirurgien espagnol s'exprime ainsi : « Dans les cas d'ouverture spontanée des kystes hydatiques pulmonaires à travers les bronches, le processus de suppuration acquiert, à l'occasion, des caractères de septicémie tels qu'ils simulent la gangrène pulmonaire. La *prétendue très favorable* évacuation d'un kyste du pou-

mon à travers une bronche *crée pour l'individu des complications plus terribles que le kyste lui-même* » (31).

C'est à l'occasion de cette publication, mettant de nouveau en doute la valeur curative de la vomique hydatique, que notre maître M. Dévé revint sur le sujet dans un mémoire publié par une revue madrilène (32). Après avoir établi que la vomique hydatique naturelle peut être réellement curative, il s'attacha à préciser dans quelle proportion cette évacuation spontanée est suivie de guérison. La conclusion de son étude critique est que : « *en cas de kystes centraux, la vomique aboutit à la guérison dans la plupart des cas*, dans une proportion qui peut être estimée aux environs de **90 0/0 des cas** ».

Entre temps, Navarro Blasco, de Madrid — on sait que les kystes hydatiques ne sont pas rares en Castille — avait publié deux cas de kystes guéris spontanément (33). « La terminaison favorable de ces cas par ouverture dans les bronches, écrivait-il, n'est nullement une chose surprenante ni rare. Il y a dans la littérature nombre de faits semblables. *Néanmoins*, comme les dangers que l'évolution naturelle de la maladie amènent pour l'individu porteur d'un kyste hydatique du poumon sont plus grands que les risques courus en le soumettant à une intervention chirurgicale, *on doit conseiller l'opération ; car aujourd'hui, c'est l'unique traitement efficace connu des kystes hydatiques pulmonaires* ».

Le professeur Sergent, signalant, dans une de ses leçons cliniques (34), un cas de vomique hydatique terminé par la guérison, s'empresse d'ajouter : « Rete-

nez que les suites de la vomique ne sont pas toujours aussi favorables, mais que bien souvent elles s'accompagnent d'une suppuration prolongée... La vomique peut être précédée de la suppuration du kyste. *En pareil cas il est exceptionnel qu'elle soit libératrice et curative*; le plus souvent, elle laisse derrière elle une suppuration interminable dont vous devinez les redoutables conséquences... Que la suppuration pulmonaire ait pour origine un kyste hydatique ou une autre cause, votre conduite thérapeutique devra être la même », — c'est-à-dire *l'opération*.

Au Congrès de Buenos-Aires, Escudero, chargé du rapport sur l'échinococcose pulmonaire (35) déclare que « la vomique peut être une forme de guérison spontanée. Tous ceux qui se sont occupés de la question en ont observé des exemples. En général nous croyons que le pronostic des kystes ouverts est moins sombre que nous l'avions affirmé en 1912 (1) et qu'*il est possible d'espérer la guérison spontanée dans beaucoup de kystes* ».

A ce même Congrès de Buenos-Aires, Ivanissevich rapportait la statistique des kystes hydatiques opérés par son maître Arce (36), et signalait incidemment un cas de vomique hydatique mortelle : « Cas très intéressant, disait-il, qui *montre une fois de plus*, *les*

1. Dans l'ouvrage en question le professeur argentin avait écrit : « On répète presque partout que les kystes du poumon abandonnés à eux-mêmes ont un avenir extrêmement sombre. *C'est vrai en thèse générale.* Mais des réserves sont à faire, croyons-nous... *Les kystes ouverts dans les bronches obligent presque toujours à une intervention chirurgicale.* Mais on a observé des cas, et assez nombreux pour ne pas les croire exceptionnels, où la guérison spontanée survint à la suite d'évacuation totale du kyste par vomique » (P. Escudero, *Kystes hydatiques du poumon*. Paris, Steinheil, 1912, p. 264).

dangers de ce qu'on a appelé la guérison spontanée par vomique ».

Dans une conférence faite à la Faculté de Médecine de Paris, le 30 novembre 1922, Lozano, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Saragosse, étudiant le pronostic opératoire des kystes hydatiques, signale que les kystes du poumon font exception à la règle bénigne, « car ils peuvent donner lieu à une hémorragie post-opératoire ». Mais je dois dire, ajoutait-il, « que les kystes du poumon sont ceux qui se guérissent le plus facilement par leur ouverture spontanée » (37).

Balboni (de Boston) insiste sur les conséquences fâcheuses de la vomique hydatique : infection, suppuration, hémorragie, shock. Il termine en déclarant : « *Spontaneous cure of the cyst is very rare* » (38).

1923. — Un assistant de la clinique infantile de Montevideo, Portu-Pereyra, apporte une nouvelle série de cas de kystes du poumon guéris par vomique : sur 7 enfants entrés à la clinique pour kystes hydatiques pulmonaires, 6 guérirent simplement, par évacuation spontanée dans les bronches, la durée entre la vomique et la guérison ayant varié entre vingt jours et deux mois. Une seule enfant fut passée en chirurgie ; elle présentait deux kystes : un du poumon droit et un du foie (39).

Le professeur Chauffard a récemment consacré une de ses cliniques aux kystes hydatiques du poumon (40). Il y a envisagé le pronostic de la vomique spontanée : « Quelle est la valeur pronostique de la vomique ? Est-elle un appoint pour la guérison ? La discussion reste ouverte. En tout cas, il ne faut pas attendre qu'elle

se produise; ce serait là un mauvais procédé, et *je considère le pronostic comme sombre lorsque je suis appelé à le constater* ».

Reprenant dans une université allemande le sujet qu'il avait traité, l'année précédente, devant la Faculté de Médecine de Paris, Lozano est revenu sur la question des kystes hydatiques du poumon. « Il existe, remarque-t-il, un certain manque d'unité dans la question de la thérapeutique des kystes hydatiques du poumon. C'est un fait connu que l'ouverture spontanée du kyste et son évacuation par vomique représentent un processus de guérison naturelle. *Beaucoup d'auteurs rejettent l'opération comme étant trop dangereuse* et s'en fient à la possibilité de l'évacuation spontanée. *Même Dévé*, dont l'opinion dans le domaine de la maladie échinococcique jouit d'une grande considération, *agit d'après ce principe* (1). Dévé rapporte 8 cas de kystes évacués spontanément par vomique, qui tous ont guéri. Cependant pour la thérapeutique, nous ne pouvons pas nous en rapporter à cet événement purement contingent. *Nous nous en tenons donc au point de vue opératoire* » (41).

Tout dernièrement, enfin, un chirurgien exerçant depuis trente-trois années en Dalmatie et ayant acquis, de ce fait, une grande expérience de la maladie hydatique — on n'ignore pas, en effet, que l'échinococcose est très fréquente dans ce pays, — Peritchitch (de Split) est venu apporter une confirmation particulièrement autorisée à l'appui de l'opinion soutenue par

1. D'après ces lignes, on pourrait se demander si le professeur de Saragosse a bien lu les travaux de M. Dévé, notamment son dernier article publié en espagnol.

M. Dévé. D'après mon expérience, écrit-il (**42**), « je considère comme une chance pour ces malades que le kyste se vide par les bronches. Quelquefois, assurément, il faudra se hâter d'opérer un malade qui ne semble pas vouloir guérir après la vomique. Mais *dans la règle le kyste ouvert dans les bronches guérit sans l'aide d'une opération*. Et comme *opérer nest pas une victoire, mais une défaite thérapeutique,* il faut au moins se garder d'opérer des malades qui guérissent habituellement sans opération ».

Peut-être nous sera-t-il permis d'ajouter à ces opinions publiées, celles, *inédites*, que deux chirurgiens australiens ont spontanément exprimées à M. Dévé après avoir eu connaissance de son récent article de *la Normandie médicale*.

C. E. Corlette (de Sydney) lui a écrit : « Je partage entièrement votre opinion qui sera approuvée par tous les chirurgiens australiens expérimentés. En général, lorsque l'hydatide s'est rompue dans une bronche la situation de la cavité est difficile ou impossible à localiser et l'opération, outre qu'elle est dangereuse, est inutile, parce que presque tous les malades guérissent. Je n'ai jamais eu à opérer une hydatide du poumon rompue ».

De son côté, L. E. Barnett (de Dunedin, Nouvelle-Zélande), chirurgien dont l'expérience est particulièrement étendue en cette matière, a écrit à M. Dévé : « Je suis sûr que vos conclusions seront acceptées très généralement. Pendant un grand nombre d'années j'ai adopté une règle de conduite semblable, en face des cas où une hydatide pulmonaire s'était rompue dans

les voies respiratoires. Je possède les observations de nombreux cas que j'ai abandonnés à la Nature et qui sont à présent parfaitement bien portants ».

On voit par cet exposé succinct combien l'opinion médico-chirurgicale reste divisée sur le sujet de la conduite à tenir en cas de vomique hydatique. Du même coup apparaît nettement l'utilité qu'il y avait à reprendre l'étude critique du problème.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cruchet. — Kyste hydatique du poumon (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 18 novembre 1910, p. 522).
2. Dévé (F.). —Une discussion médico-chirurgicale: Doit-on opérer tous les kystes hydatiques du poumon ? (*La Normandie médicale*, 15 juillet 1911).
3. Lepicard (S.). — *La vomique hydatique pulmonaire. Sa valeur curative*. Thèse de Paris, juin 1912.
4. Flores-Estrada (M. P.). — Procesos no tuberculosos del pulmon. Quistes hidatidicos (*Revista de Med. y Cirugia practicas*, febr. 1912 et Acad. Méd. chirurgicale espagnole, 4 mars 1912).
5. Schwartz (Anselme). — *Chirurgie du thorax*. Paris, Doin, 1912, p. 313.
6. Desmarest.— Contribution à l'étude des kystes hydatiques du poumon (*La Presse médicale*, 1er juin 1912).
7. Fourmestraux (J. de). — Les kystes hydatiques du poumon (*Arch. médico-chir. de Province*, octobre 1912, p. 716).
8. Morestin. — *Soc. de Chirurgie*, 22 janvier 1913.
9. Charrier (A.). — Indications opératoires dans les kystes hydatiques du poumon (*Arch. provinciales de Chirurgie*, février 1913).
10. Krueger (E.). — *Ueber Fælle von Lungen-Echinokokken*. Inaug. Diss., Kœnigsberg, 1913.
11. Morquio (L.). — *Rev. med. del Uruguay*, décembre 1913, p. 554.
12. Magnusson (G.). — *Hospital stidende*, 1914, p. 5.
13. Domingo Prat. — Cirujia pulmonar. Quistes hidaticos del pulmon (*Rev. med. del Uruguay*, 1915).

14. Navarro (J. Carlos). — Curacion espontanea de los tumores hidaticos pulmonares (*La Prensa medica argentina*, 20 juin 1915, p. 38).

15. Lugones (C.). — Quistes hydaticos del pulmon (*La Prensa medica argentina*, 10 février 1916, p. 327).

16. Lamas (Alfonso). — Quistes hidaticos del pulmon (*Revista med. del Uruguay*, septembre 1916, p. 765).

17. Lavillat (F.).— *Essai sur les kystes hydatiques du poumon dans la région d'Alger*. Thèse d'Alger, juillet 1917.

18. Verdelet. — *Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 18 octobre 1918.

19. Zerbino (V.). — Dos casos de quiste hidatico pulmonar curados espontánemente por vomica (*Sociedad de Pediatra* de Montevideo, 19 décembre 1918).

20. Zerbino (V.), — Nuevo caso de quiste hidatico pulmonar curado espontánemente por vomica. *Ibid.*, 16 mars 1919.

21. Lenormant (Ch.). — *Société de Chirurgie*, 28 mai 1919.

22. Bourrat (L.). — *Contribution à l'étude des kystes hydatiques du poumon. Leurs modes d'infection et de suppuration*. Thèse de Lyon, juin 1919.

23. Conrado Pelfort. — Quiste hidatico pulmonar curado por vomica (*Archivos latino-americano de Pediatria*, n° 3, 1920).

24. Pélissier (G.) .— Sur les kystes hydatiques du poumon. Huit opérations, huit guérisons. Résultats éloignés (*Lyon chirurgical*, t. XVII, janv.-fév. 1920, p. 77).

25. Finochietto (E.). — *Société de Chirurgie de Buenos-Aires*, octobre 1920.

26. Latteri (F. S.). — Contributo clinico allo studio delle cisti da echinococco del polmone (*Riforma medica*, 2 aprile 1921, p. 318).

27. Morquio (L.). — Quiste hidatico del pulmon en el niño (*Anales de la Facultad de Medicina*. Montevideo, avril 1921).

28. Baumgartner (A.) et Bardon. — Les kystes hydatiques du poumon (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 sept. 1921, p. 619).

29. Navarro Blasco (A.) et Diaz Gomez (E.). — Sobre dos cases de quiste hidatico del pulmon (*Los Progresos de la Clinica*, n° 124. Madrid, avril 1922).

30. Douglas Fairley (K.). — The Results of an Analysis of thirty three Cases of Hydatid Disease of the Lung (*The medical Journal of Australia*, 1er avril 1922, p. 346).

31. Blanc Fortacin (J.). — Complicaciones de los quistes hidatidicos (*El Siglo medico*, 6 mai 1922, p. 478).

32. Dévé (F.). — La vomica hydatidica curativa (*Archivos de Medicina Cirugia y Especialidades*, Madrid, t. VIII, n° 69, 30 de septembre de 1922) et (*La Normandie médicale*, 1er octobre 1922).

33. Navarro Blasco (Angel).— Dos casos de quiste hidatidico del pulmon espontanemente curados (*La Medicina ibera*, Madrid, 25 sept. 1922, p. 221).

34. Sergent (E.). — Quelques remarques sur le diagnostic des kystes hydatiques de la plèvre et du poumon avant la vomique (*Le Monde médical*, 1er oct. 1922).

35. Escudero (P.). — Hidatidosis pulmonar (Rapport au Congrès national de Médecine. Buenos-Aires, oct. 1922, in *La Semana medica*, 19 oct. 1922, p. 803).

36. Ivanissevich (O.). — Estadistica general de los quistes hidatidicos operados durante los años 1919-1921. Quistes del pulmon (*La Semana medica*, 30 nov. 1922, p. 1127).

37. Lozano Monzon (Ricardo). — Quelques cas insolites de ma clinique (*Conférence faite à la Faculté de Médecine de Paris*, 30 nov. 1922).

38. Balboni (G. M.). — Hydatid cyst of the lung (*Boston med. a Surg. Journal*, 14 déc. 1922).

39. Portu-Pereyra (E.). — Nuevos casos de quistes hidáticos del pulmón abiertos espontánemente por vomicas y curados (*Archivos latino-amer de Pediatria*, Buenos-Aires, janv. 1923, p. 38 (d'après analyse J. Comby).

40. Chauffard (A.). — Les kystes hydatiques du poumon (*La Médecine pratique*, 15 février 1923, p. 59).

41. Lozano. — Spezialbeobachtungen bei der Echinokokken-Krankheit (*Gastvorlesung an der Universitæt München*, juin 1923).

42. Peritchitch (B.). — Sur le traitement des kystes hydatiques du poumon (*Paris médical*, 15 sept. 1923, p. 214).

II

OBSERVATIONS INÉDITES

Obs. I (*Obs. 139*, Dévé.)

M. E..., 41 ans, employé dans une usine à pétrole, vient consulter M. Dévé, à l'Hospice Général de Rouen, le 22 octobre 1920 (adressé par son médecin, le Dr Liégault).

Engagé dans l'infanterie coloniale, il est resté sept ans au Tonkin et en Cochinchine, où il a contracté le paludisme et la syphilis. Durant la guerre, il était employé dans les convois.

Examiné radioscopiquement par le Dr Laubry, à l'occasion de troubles cardiaques, en novembre 1916. Diagnostic : « aortite spécifique et palustre ». A cette époque, rien d'anormal n'aurait été remarqué dans le poumon.

En 1919, il est soigné à l'hôpital de Caen, pour « pleurite sèche du côté droit ». Pas d'examen radiologique. A noter que, depuis plusieurs années, le malade avait fréquemment de l'urticaire après l'absorption de moules. C'est ainsi qu'en juillet et en août 1920, il eut deux éruptions ortiées intenses après avoir mangé des moules.

C'est à cette époque (août 1920) qu'il commence à tousser. Le 21 août, il rend, dans un accès de toux, une « peau blanche », unique, suivie de l'expectoration d'environ 100 grammes de « *pus sentant mauvais* et contenant du sang décomposé ». Le soir, il eut un peu de fièvre. Pas d'urticaire. Grand soulagement. Le lendemain et les jours suivants, expectoration muco-purulente peu abondante : l'appétit est revenu. Le malade reprend son travail.

Huit jours après cette première vomique, il rend, de la même manière, une nouvelle « peau ressemblant à du blanc d'œuf coagulé ». En septembre, il rejette, à plusieurs reprises, des « corps gélatiniformes » (hydatides). Une nuit, dans une crise d'étouffement, il crache une gorgée de sang pur.

Le 1er octobre 1920, il expectore encore une petite membrane. Un examen radioscopique pratiqué le surlendemain, aurait montré une « ombre » à la base du poumon droit.

Le samedi 16 octobre, le malade, pris de fièvre et de frissons, doit garder le lit. Toux et point de côté à droite. Dès le surlendemain il reprend son travail (roulant des fûts, chargeant des wagons). Le soir, il sent un « déclenchement » douloureux dans le côté droit et rejette une « peau » suivie d'un flot de pus. Depuis ce jour, il expectore abondamment du mucopus: « trois terrines de pâtés de foie » par jour.

Examen clinique, le 22 octobre 1920. — Au moment même où il pénètre dans la salle d'examen, le malade a une petite vomique et crache, sous nos yeux des débris gélatiniformes et deux petites hydatides arrondies. Un examen microscopique extemporané de cette expectoration permet de reconnaître, entre lame et lamelle, sans coloration, des scolex entiers, altérés, des crochets épars au milieu du pus et de nombreux cristaux de cholestérine. Un examen chimique montrera que les crachats ne renferment pas de bile, ce qui permet d'écarter avec probabilité une origine hépatique.

Homme vigoureux, au teint un peu pâle. Aucune déformation thoracique ni abdominale. Le foie ne déborde pas les fausses côtes ; sa matité ne remonte pas dans le thorax.

L'examen de la poitrine montre, en avant, une percussion et une auscultation normales. En arrière, poumon gauche normal. A droite, *submatité franche, à la base*, remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate. Silence respiratoire à ce niveau ; ni souffle ni râles, dans les mouvements respiratoires normaux. Quelques frottements à l'extrême base. A la toux, on perçoit, au droit du

dixième espace, de gros râles sous-crépitants à timbre cavitaire (*gargouillements*), et même, par moments, un *souffle cavitaire net*. Aucun bruit hydro-aérique à la succussion.

Au cœur, élargissement de la matité aortique et claquement du deuxième bruit, sans souffles. Les autres appareils sont normaux.

Un examen hématologique extemporané ne révèle *pas d'éosinophilie.*

Examen radioscopique. — A l'écran, en position postérieure comme en antérieure, on constate une ombre pas très opaque, diffuse, sans contours nets, qui commence, en haut, à la 8e côte et s'étend jusqu'au diaphragme, lequel est à son niveau normal et a conservé sa mobilité. Aucune cavité n'est visible au milieu de cette zone pulmonaire obscure, non plus qu'aucune collection enkystée et mobile. Le reste des poumons est normal ; sinus libres. Ombre aortique nettement élargie. Un cliché radiographique n'a rien révélé de plus net.

« Le diagnostic s'impose, écrivait M. Dévé au Dr Liégault, à l'issue de son examen. Il s'agit d'un kyste hydatique du lobe inférieur du poumon droit, évacué dans les bronches par vomiques fractionnées. La question intéressante est celle du traitement. Il est très possible qu'à la suite de ces vomiques (et au besoin, de quelques autres encore), le kyste guérisse spontanément, sans grands accidents. En tout cas, il n'y a pas lieu de se presser d'intervenir plus activement (traitement : inhalations balsamiques et antiseptiques ; au besoin, injections intramusculaires — voire intra-trachéales — d'huile goménolée). Que si la fièvre s'installait, avec signes de suppuration pulmonaire importants et altération de l'état général, la question de la pneumotomie se poserait. Mais le traitement chirurgical ne me paraît pas s'imposer d'emblée dans un cas de ce genre »(22 octobre 1920).

Dans la semaine qui suivit cette consultation, le malade rejeta encore quelques débris hydatiques. Ce fut la dernière

vomique. Très rapidement, l'expectoration disparut et le malade reprit son métier.

Revu en juin 1922, par le Dr Liégault, il était en excellente santé, ne toussant plus depuis longtemps. Nous avons eu récemment de ses nouvelles : sa guérison se maintient parfaite en janvier 1924.

Obs. II (*Obs. 140*, Dévé.)

M. Pl..., 46 ans, employé dans une épicerie, est conduit par le Dr Nouel à M. Dévé, le 27 janvier 1921, avec le diagnostic de kyste hydatique du poumon.

L'histoire de ce malade est la suivante :

Depuis la mi-juillet 1920, cet homme ressentait des douleurs vagues vers la région sternale, profondément. Il ne toussait pas. Le matin du 15 août, il expectore un crachat sanguinolent, qui ne se reproduit pas.

Un interrogatoire détaillé nous fait connaître un incident très important, que le malade n'avait pas signalé à son médecin : au début de septembre 1920, « un soir, en se baissant pour se déchausser, il avait senti lui monter à la gorge un *liquide de saveur salée, semblable à de l'eau*, non bilieux, non mélangé d'aliments », et qui « venait de façon continue. Cela dura cinq minutes ». Aucun malaise, à la suite ; pas d'urticaire.

Soigné pour des « douleurs intercostales », le malade avait repris son métier, lorsque, le dimanche 24 octobre, il expectore, toute la journée, des crachats sanguinolents.

Le 30 novembre 1920, à 7 heures du matin, « se rendant à son travail, parti de chez lui sans avoir mangé, il fut pris, dans la rue, d'une petite quinte de toux et, de nouveau, *de l'eau* lui monta à la gorge. *C'était de l'eau claire, ayant le même goût salé que la première fois* ». Se sentant mal à son aise « les jambes lui fléchissant », il rentra chez lui et sa femme fut obligée de le déshabiller. Il ne perdit cependant pas connaissance.

Ni dyspnée, ni urticaire, ni fièvre. Dès le lendemain il était remis.

Le mois suivant s'était passé sans accidents, quand, le 30 décembre, en se couchant, le malade est pris d'une hémoptysie.

Le Dr Nouel, mandé le lendemain, remarque d'abord, chez son malade, un léger amaigrissement (2 kilos en un mois). L'auscultation du thorax en arrière lui révèle une zone de râles crépitants, assez bas dans la région inter-scapulo-vertébrale gauche. Ce siège insolite des signes stéthoscopiques, joint à l'histoire singulière de la maladie, éveilla le soupçon de quelque syphilis pulmonaire, et un traitement fut même commencé dans ce sens. Mais, la réaction de Bordet-Wassermann s'étant montrée négative et devant l'obscurité du cas, on recourut à un examen radioscopique qui fut pratiqué, en ville, le 18 janvier 1921. Grande fut la surprise de constater une ombre opaque, régulièrement arrondie, de la grosseur d'une orange, siégeant à la partie moyenne du poumon gauche. Les sommets se montraient indemnes. A droite, on remarquait une grosse « ombre ganglionnaire ». Le diagnostic de kyste hydatique s'imposait.

Le 24 et le 25 janvier, nouvelles petites hémoptysies.

Examen clinique, le 26 janvier 1921. — A la percussion, en arrière, zone de submatité franche, nettement limitée, située au-dessous de l'angle de l'omoplate gauche et dont le centre répond à la 8e côte. Pluie de râles fins superficiels, aux deux temps de la respiration, dans la zone submate ; à la base, diminution du murmure vésiculaire.

Examen radioscopique confirmatif du précédent. — Ombre arrondie, allant de la 7e à la 8e côtes gauches. Examinée de profil, l'ombre empiète sur les corps vertébraux : le kyste est nettement postéro-latéral.

Nota. — L'attention ayant été accaparée par le kyste, on a négligé l'examen approfondi de l'ombre hilaire droite.

M. Dévé confirme le diagnostic de kyste hydatique du poumon gauche *et conseille l'opération.*

Opération, le 1er février 1921, par le Dr Jeanne (résumée). — Anesthésie locale. Lambeau cutanéo-musculaire à base supéro-interne. Résection de la 8e et 9e côtes. A travers la plèvre pariétale transparente, on voit le poumon *mobile*. On tente de le fixer par « harponnage » ; mais dès le premier point, la plèvre se déchire et un pneumothorax se produit, que l'on modère avec des compresses. Installé lentement, il est bien supporté.

Le poumon est saisi, amené dans la plaie et fixé. Une ponction donne du liquide hydatique. Le kyste, superficiel, est incisé au bistouri : le liquide kystique gicle. Moment d'angoisse, d'oppression et de cyanose du malade qui, sans avoir à proprement parler de vomique, déclare spontanément *retrouver le même goût salé qu'il avait perçu déjà à deux reprises*.

Les lèvres du sac adventice pulmonaire sont fixées en collerette à la plèvre pariétale. Puis, avec une pince à kyste, on enlève, d'une pièce, la membrane-mère qui se présente au bord de la plaie : aucune vésicule fille (kyste univésiculaire fertile : nombreux scolex vivants, vérifiés au microscope). Attouchement de la cavité kystique et de la plaie avec un tampon imbibé de formol à 2 o/o. Le lambeau pariétal est rabattu ; on le troue, en son milieu, pour le passage d'un drain intra-kystique.

Le malade, un peu pâle et un peu dyspnéique, a en somme très bien supporté l'opération.

Suites opératoires. — Simples, apyrétiques. Dans les jours qui suivent, s'installe une expectoration muco-purulente qui, malgré le drainage de la cavité kystique, devient assez abondante. Le drain est enlevé le quatorzième jour. Cicatrisation de l'orifice en huit jours. Sortie de l'hôpital, le 15 février.

Malade revu le 24 février : en bon état. Il crache toujours du mucopus, non odorant ; certains crachats sont teintés de sang. Localement persiste de la submatité, sans souffle ni signes cavitaires à la toux ; frottements pleuraux. Le 20 mars et le 15 avril, deux nouvelles hémoptysies. Pas de fièvre.

Réexaminé le 17 mai 1921 : a eu, la veille, deux crachats sanguinolents ; bon état général (engraissé de 2 kilos). L'auscultation ne révèle plus rien localement. Pourtant, il persiste une expectoration muco-purulente (petite cavité centrale ?).

Le 19 juin, nouveau crachement de sang pur.

Examen clinique, le 27 juin. — Bon état général. Pas de fièvre. Aucuns signes cavitaires dans la région opératoire déprimée en soucoupe (résection costale) ; quelques râles fins et frottements au-dessous de la cicatrice. Le malade accuse des démangeaisons sur tout le corps ; le grattage ferait apparaître des « cloches » (urticaire ?).

Nous réclamons un nouvel examen radioscopique, qui est pratiqué le 8 juillet 1921. Il montre un léger voile dans la zone opératoire, sans aucune cavité reconnaissable. Mais il révèle une *ombre floue, arrondie, du volume d'un abricot, immédiatement en dehors du hile du poumon droit*. Cette ombre paraît avoir augmenté de volume depuis six mois (grosse masse ganglionnaire ou bien autre kyste hydatique ?).

Depuis cette époque, le malade a continué son travail, mais en présentant, tous les trois ou quatre mois, de petites hémoptysies. Un examen bactériologique des crachats, fait en ville, aurait montré « quelques bacilles tuberculeux » (?).

En *août 1922*, alors que, depuis plusieurs mois, le malade ne toussait ni ne crachait plus, hémoptysie s'étant prolongée pendant deux jours.

Un an plus tard, le 8 et le 9 *août 1923*, nouveaux crachats sanglants qui durent jusqu'au 16 août. Ce jour-là, *le malade rejette une membrane*, longue de 7 à 8 centimètres et large de 5. Dans la nuit du 29 au 30 août, *vomique* véritable : pus fétide, renfermant des « peaux » qui sont apportées le lendemain matin à M. Dévé. Il s'agit de *morceaux de membrane-mère épaisse* (avec striation réfringente typique) *et non pas d'hydatides*. Pas de scolex reconnaissables, pas de crochets.

Examen du malade, le 6 septembre 1923. — Toujours bon état

général ; poids stationnaire ; pas de fièvre. A l'auscultation, aucuns signes anormaux, aucuns signes cavitaires ni congestifs, ni à droite ni à gauche. A l'écran radioscopique, l'ombre parahilaire du côté droit a à peu près disparu. Sommets normaux. Aucuns stigmates de tuberculose.

Depuis cette époque le malade n'a plus eu aucun incident et peut être considéré comme définitivement guéri.

Nota. — Dans ce cas, on ne peut admettre que la seconde vomique de membranes hydatiques ait eu pour origine la première poche ; car celle-ci, nettement univésiculaire, avait été intégralement évacuée, à l'opération. Pas davantage il ne pouvait s'agir d'une récidive locale post-opératoire ; car les débris parasitaires rejetés appartenaient, non à de jeunes hydatides, mais à une vieille membrane-mère. De toute évidence, on avait eu affaire à l'évacuation, par vomique spontanée, d'un *second kyste* situé dans la région parahilaire du poumon droit, kyste très vraisemblablement contemporain du premier et qui avait été sans doute l'origine des « hydroptysies » *salées* décrites par le malade (Dévé).

Obs. III (*Obs. 148*, Dévé.)

M. T..., 28 ans, mécanicien, examiné le 16 mars 1922.

Très bien portant jusqu'à la guerre, il a fait toute la première partie de la campagne dans la brigade des fusilliers marins. Au début de 1917, il fut renvoyé à l'arrière pour des « douleurs au cœur » et ne tarda pas à présenter des crachements de sang. Mais ces petites hémoptysies, dont aucune n'avait pu être constatée médicalement, furent mises en doute pendant près de six mois. Pas d'expectoration. Pas d'urticaire.

Une nouvelle hémoptysie ayant, cette fois, été constatée par

un médecin-major, T... est envoyé à l'hôpital de Cherbourg. Là, après examen radioscopique, on porte le diagnostic d' « adénopathie trachéo-bronchique droite ». Convalescence de un mois. Repris d'hémoptysie, le malade est de nouveau envoyé à l'hôpital où, après plusieurs nouveaux examens radioscopiques approfondis, on diagnostique un « kyste hydatique du poumon ». La projection du kyste est repérée sur la peau par des pointes de thermocautère.

En juin 1917, une ponction est pratiquée, qui retire un liquide « eau de roche » ; on la fait suivre d'une injection parasiticide (« pour tuer le microbe », rapporte le malade). Cette ponction n'est accompagnée ni suivie d'aucun incident : ni vomique, ni urticaire. Dès lors, les crachements de sang cessent. Le malade est envoyé en convalescence pendant un mois. Mais, au cours même de sa convalescence, il a deux nouvelles hémoptysies. Rentré à l'hôpital, il est réformé temporairement, en septembre 1917.

Il revient à Rouen et continue de cracher un peu de sang, de temps à autre. Il ne maigrit d'ailleurs pas, tousse à peine et conserve bon appétit.

En janvier 1918, il est pris de fièvre, cesse de manger et commence à cracher, au milieu de quintes de toux pénibles, un *pus extrêmement fétide*, « qui empoisonnait la chambre ». Admis à l'Hôtel-Dieu de Rouen, il est d'abord placé dans le service des tuberculeux. Mais après plusieurs examens bactérioscopiques négatifs, le malade, ayant d'autre part fait connaître son histoire de kyste hydatique, est passé dans un service de chirurgie où on se propose de l'opérer.

La veille du jour fixé pour l'opération, à midi, le malade fut pris d'un « violent étouffement, se mit à crier et finit par rejeter une poche grosse comme le poing qui avait pris la forme de la gorge ». Cela « empestait ». Cette vomique fut suivie d'un fort crachement de sang, combattu par des sinapismes et des piqûres. Le lendemain et le surlendemain sa figure aurait été bour-

soufflée et ses doigts enflés, sans démangeaisons (urticaire ?). Pas d'autre rejet de membranes, par la suite.

Après avoir beaucoup maigri, il se remonta progressivement et retrouva sa santé. Rappelé à Cherbourg, en septembre 1918, il fut réexaminé aux rayons X. On déclara la guérison « aussi parfaite que possible » et... il fut reversé dans le service armé.

Depuis lors, il n'a plus rien présenté du côté du poumon.

Examen clinique, le 16 mars 1922 (quatre ans après la vomique) : absolument négatif. On ne constate aucun signe respiratoire anormal dans l'ancienne zone kystique, dont les limites, marquées au thermocautère, sont encore visibles et dessinent, en dedans du mamelon droit, une aire ovale mesurant 7 à 8 centimètres de large sur 6 de haut.

Examen radioscopique. — Poumon droit légèrement voilé ; aucune ombre reconnaissable dans la région anciennement occupée par le kyste.

Revu et réexaminé, il y a quelques jours, le 11 janvier 1924 — six ans après sa vomique — le malade est en excellente santé.

Obs. IV (*Obs. 157*, Dévé.)

Mme D..., 75 ans, rentière, est vue à Rouen, le 6 octobre 1923, en consultation avec le Dr Londe (de Paris), à l'occasion d'un petit diabète.

Cette dame fut soignée par Leudet, en 1875 (elle avait alors 27 ans) pour un kyste du poumon « dû à un chien », avait déclaré Leudet. Après avoir présenté, durant plusieurs semaines, de la toux sans expectoration, sans crachements de sang, elle avait rejeté, un jour, une « membrane gélatineuse » reconnue pour un kyste hydatique par Leudet. Cette vomique (qui n'aurait pas été accompagnée de crachats purulents ?) fut suivie d'une fièvre élevée qui aurait duré quelques jours.

La malade est restée guérie depuis lors, c'est-à-dire *depuis quarante-huit ans*. Elle ne présente, aujourd'hui, aucune anomalie stéthoscopique.

III

COMPLICATIONS RESPECTIVES DE LA VOMIQUE HYDATIQUE SPONTANÉE ET DE L'OPÉRATION

Le grand argument invoqué par les partisans de l'opération systématique, en matière de kyste hydatique du poumon, *même* ou plutôt *surtout en cas de vomique*, c'est que si, « incontestablement », la vomique peut amener « dans quelques cas » la guérison, elle constitue « dans la majorité des cas, une *évolution très fâcheuse* » (Tuffier); elle « doit être considérée comme une *complication* » (A. Schwartz); elle est l'origine d'accidents graves, d'accidents mortels: « la *suppuration interminable* et la *mort par cachexie* en sont trop souvent les conséquences » (Tuffier et Martin).

Pour chercher à apprécier la valeur de cet argument, nous allons passer en revue les complications de la vomique hydatique abandonnée à son évolution naturelle, et nous mettrons ensuite en regard les complications observées à la suite de l'intervention chirurgicale.

Complications de la vomique hydatique spontanée

Mort par asphyxie. — La littérature médicale renferme quelques exemples de mort au cours même de la vomique, soit du fait de l'obstruction des voies respiratoires par les membranes hydatiques, soit par suite de l'inondation des canaux bronchiques par le liquide hydatique ou le pus échappés d'une poche généralement volumineuse. Aux six cas de Woillez, Hearn, Paget, Wilson, Malet-Charrier et Pierre Delbet, cités par M. Dévé, nous pouvons ajouter celui qui a été récemment rapporté par Ivanissevich (1).

On doit remarquer, au sujet de ces faits, que :

1° Il s'est presque toujours agi de *poches volumineuses*. Or, nous dirons, par la suite, que de telles poches, lorsqu'elles sont reconnues à temps, commandent l'intervention sans attendre l'éventualité de leur déhiscence bronchique ;

2° La vomique mortelle est survenue d'emblée, *dès la première vomique* et sans que le kyste ait été préalablement reconnu (2). *Les cas de cet ordre ne devraient donc pas être mis sur le compte du « traitement médical » ni de « l'expectation en matière de vomique ».*

Hémoptysies mortelles. Hémoptysies graves. — On

1. Ivanissevich, *La Semana medica*, 30 nov. 1922, p. 1127.

2. Tuffier a fait justement remarquer que *la mort par asphyxie est consécutive à la première vomique.* « Généralement, ajoute-t-il, les vomiques ultérieures sont beaucoup moins abondantes, *le danger d'asphyxie peut être considéré comme à peu près écarté après la première vomique* ».

connaît, de même, un petit nombre d'exemples d'hémoptysies mortelles au cours ou dans les suites immédiates d'une vomique. M. Dévé en a cité six observations : celles de Pillon, Habershon, Lebert, Waldeyer, Behr, Cranwell et Vegas. Nous y joindrons un cas de Kidd : une femme de 42 ans, toussant depuis quatre mois et ayant craché du sang depuis deux jours, rend une membrane hydatique dans un grand effort de toux : survient, à la suite, une hémoptysie mortelle (1).

Contrairement à ce que nous avons vu pour le groupe de faits précédents, l'hémoptysie n'est pas toujours le fait d'un kyste volumineux : il peut s'agir d'une poche de petite taille. C'est ainsi que dans le cas de Kidd, on trouva, à la base du poumon gauche, une cavité du volume d'un œuf de poule, pleine de sang ; on ne put y découvrir de gros vaisseau ulcéré.

A côté de ces rares hémoptysies mortelles, relativement nombreux sont, dans la littérature, les cas dans lesquels on a observé, soit immédiatement après le rejet de membranes, soit secondairement, des hémoptysies « graves » et même « alarmantes ».

Intoxication hydatique grave. — Dans un petit nombre de cas, la vomique *spontanée* a été suivie d'accidents plus ou moins inquiétants d'intoxication hydatique. Généralement, c'est *à la suite d'une ponction exploratrice* que ces troubles éclatent, provoqués par l'inondation bronchique. On remarquera que les trois cas connus de *mort* par intoxication hydatique consécutive à la vomique (cas de Galliard, Sainton, Zirkel-

1. Kidd, *Transact of the path. Soc.*, 1885, XXXVI, p. 122.

bach, cités par M. Dévé) ont été causés *par la ponction*. Ces faits sont donc à écarter.

Complications infectieuses kystiques, broncho-pulmonaires, pleurales. — Les complications broncho-pulmonaires plus ou moins graves et prolongées sont celles qui ont été le plus souvent observées et celles qui ont le plus fréquemment causé la mort... à l'époque éloignée où la chirurgie pulmonaire était considérée comme une audace. Ici encore nous ferons remarquer que c'est presque toujours en cas de *kystes corticaux*, le plus souvent de *grande taille* et habituellement *symphysés à la paroi thoracique,* que les suppurations interminables, que les suppurations putrides et gangréneuses et que les septicémies mortelles (phtisie hydatique) ont été observées.

En pareils cas, on a généralement affaire au complexus clinique nettement individualisé par M. Dévé sous l'appellation de *pyo-pneumokyste hydatique du poumon* (1). Disons, dès à présent, que c'est précisément là un groupe de faits qu'il ne saurait être aujourd'hui question d'abandonner à l'évolution naturelle et pour lesquels M. Dévé avait spécifié, dès son article princeps, que l'opération s'imposait d'emblée.

Quant à la *pleurésie purulente*, son apparition au cours de l'évolution d'un kyste hydatique pulmonaire s'étant évacué par vomique est une éventualité exceptionnelle (obs. Mac Gillivray). Plus exceptionnelle encore sera, en pareille circonstance, l'apparition d'un *pyo-pneumothorax hydatique* (obs. Lebert, Peritchitch).

1. M. Dévé a pu réunir une trentaine de faits de ce genre qui doivent faire, de sa part, l'objet d'un travail d'ensemble.

Tuberculose pulmonaire. — Le développement de la tuberculose pulmonaire dans les suites plus ou moins éloignées de l'échinococcose pulmonaire a été signalée déjà anciennement par Hearn, puis par Dieulafoy. Mais c'est surtout Escudero qui a particulièrement insisté sur cette association qu'il a décrite sous le nom d'*hydatico-tuberculose* (1). En 1912, il écrivait que les porteurs de cavernes hydatiques non opérées « sont condamnés, *dans une proportion désespérante*, à mourir de tuberculose pulmonaire ou de cachexie ». Depuis lors, Escudero a abandonné cette opinion pessimiste contre laquelle s'était élevé M. Dévé. Il regarde aujourd'hui (2) l'hydatico-tuberculose comme une éventualité « très rare », dont il n'a pu observer qu'un exemple en dix ans. De son côté, Morquio n'a observé la tuberculose chez aucun de ses malades (3).

Telles sont les complications susceptibles d'apparaître dans le décours de la vomique hydatique. Nous allons voir que *les mêmes accidents* ont pu être observés, soit au cours même de l'opération, soit dans les suites opératoires.

Complications opératoires et post-opératoires

Même en cas de kystes non compliqués, non suppurés, l'intervention chirurgicale n'est pas, tant s'en

1. P. Escudero, *Kystes hydatiques du poumon*. Paris, Steinheil, 1912, p. 262.

2. P. Escudero, Hidatidosis pulmonar. *Congrès de Médecine* de Buenos-Aires, octobre 1922.

3. L. Morquio, *Anales de la Facultad de Medicina* de Montevideo, avril 1921.

faut, toujours exempte d'incidents graves ni de complications mortelles.

Vomique hydatique opératoire. — De l'aveu des opérateurs les plus expérimentés, la vomique hydatique éclate fréquemment au cours même de l'opération. C'est ainsi que Cranwell et Vegas l'ont vu apparaître *dans le quart des cas*. Pierre Delbet, Rieffel, Polaillon, Jonnesco, Savariaud, Llamosa, D. Prat, Lamas, Labey (1) et sans doute bien d'autres chirurgiens en ont observé des exemples, au cours desquels les accidents asphyxiques ont revêtu un aspect souvent inquiétant. Savariaud reconnaît que, dans son cas, le malade « faillit rester sur la table ». Dans un cas de Roth, rapporté par Becker (2), le patient mourut au cours de l'opération, du fait de la rupture de son kyste dans les bronches et de « l'aspiration de son contenu dans le poumon sain ».

Collapsus et syncopes opératoires. Mort. — C. Beck a observé, au cours de l'opération, des phénomènes de collapsus grave ayant nécessité la respiration artificielle. Morquio cite trois cas de syncope opératoire grave, mais non mortelle (3). Par contre, Lagos Garcia a rapporté deux cas de mort subite survenue au cours de l'opération (4) et Lamas a observé un cas du même genre (5).

1. G. Labey, *Société de Chirurgie*, 4 juin 1919.
2. A. Becker, *Beitr. z. klin. Chir.*, LVI, 1917, cas 21, p. 93.
3. L. Morquio, *Arch. des Mal. des Enfants*, 1908, obs. 3, 4, 8.
4. C. Lagos Garcia, *Thèse* de Buenos-Aires, 1908, obs. 12, 13.
5. A. Lamas, *Rev. med del Uruguay*, sept. 1916, obs. 14.

Hémoptysies graves. Hémoptysies mortelles. — Nombreux sont les opérateurs qui ont vu apparaître, au cours même de l'acte opératoire ou dans ses suites, des hémoptysies ou des hémorragies kystiques externes importantes. Ils les ont qualifiées eux-mêmes ; d' « abondantes » (Ritchie), de « graves » (Reid), de « violentes » (Lavillat), de « considérables » (Potherat). Ramsay déclare avoir observé, à cette occasion, « la pire hémorragie de sa pratique chirurgicale thoracique » (1). A la série d'auteurs cités à ce sujet par Dévé nous ajouterons Latteri, Navarro-Blasco, Lozano-Monzon.

L'hémorragie a parfois été *mortelle* : au cours même de l'opération (obs. Hinder, Lorand, Rob. Scott), au cinquième jour après l'opération (obs. Lagos Garcia), au dixième jour (obs. Lehmann), un mois et demi après l'opération (obs. Finochietto).

Accidents infectieux broncho-pulmonaires. — Comme Escudero l'avait déjà fait observer dans son livre (1912), les complications broncho-pulmonaires ne sont pas rares dans les suites opératoires. « Bénignes en général, dit-il, elles sont parfois graves ». Parmi les complications précoces il signale particulièrement les congestions pulmonaires, les bronchopneumonies, la gangrène pulmonaire. Plus fréquents, assurément, en cas de kystes suppurés, les accidents infectieux en question ne sont cependant pas inconnus en cas de kystes aseptiques. Un opéré de Lehmann mourut de congestion pulmonaire, trois semaines après l'opération. Lagos

1. Ramsay, *Austral. med. Gazette*, 1913, n° 440.

Garcia a rapporté un cas de mort consécutive à une pneumonie bâtarde avec abcès. Dans un cas de Savariaud (1), l'opéré fit une bronchopneumonie grave dont il guérit « malgré tout ».

Accidents pleuraux. — Les pleurésies purulentes ou putrides, le pyopneumothorax ne sont pas inconnus dans les suites opératoires, même en cas de kystes limpides. M. Dévé a pu en citer 10 exemples, dont 4 mortels.

Un malade, observé en 1919, par M. Dévé (*obs. inédite*) avait été opéré, en janvier 1917, par un chirurgien très distingué des hôpitaux de Paris, professeur à la Faculté, pour un kyste non compliqué du poumon qui avait été traité par la *réduction sans drainage*. L'opération devait être suivie d'une pleurésie qui après avoir nécessité une série de ponctions évacuatrices, finit par devenir *putride* et nécessita une large thoracotomie. En outre, le malade en question eut, à la suite, des *hémoptysies* importantes s'étant répétées durant les années 1918 et 1919. Il finit par faire, en décembre 1919 — c'est-à-dire près de *trois ans après l'opération* — une petite *vomique* (pus sans membranes), et depuis lors les hémoptysies n'ont plus reparu (*vomique curative post-opératoire*).

Tuberculose pulmonaire ultérieure. — On a pu voir évoluer la tuberculose pulmonaire chez des anciens opérés de kyste hydatique du poumon. C'est même ce cas que visait plus particulièrement Escudero dans son étude de l'hydatico-tuberculose (obs. de Cranwell et Vegas, Duguet, Escudero, Fossati, etc.).

1. Savariaud, *Soc. de Chirurgie*, 22 janv. 1913.

Intoxication hydatique post-opératoire. — En 1911, M. Dévé a appelé l'attention des chirurgiens sur certains accidents post-opératoires en relation avec l'intoxication hydatique (1). Il pouvait rassembler 7 cas de cet ordre ayant trait à des kystes du poumon, dont 3 mortels (cas Escudero, Morquio, Vegas et Aguilar).

Opérations négatives. — Sans parler des récidives hydatiques post-opératoires, qui semblent très exceptionnelles, on peut enfin ranger parmi les « complications opératoires » les opérations restées sans résultat : le chirurgien ayant réséqué une ou plusieurs côtes, ouvert la plèvre, exploré, puis incisé le poumon, ne peut parvenir à trouver et à ouvrir le kyste pulmonaire, et il doit interrompre son intervention. M. Dévé en a cité *une vingtaine d'exemples*, dont deux terminés par la mort. On doit retenir que *ces échecs opératoires sont presque toujours survenus en cas de kystes centraux spontanément ouverts dans les bronches.*

La seule conclusion que nous voulions retenir du parallèle précédent, c'est que s'il est vrai que la vomique hydatique spontanée livrée à elle-même n'est pas toujours exempte de complications sérieuses et mêmes fatales, l'opération et ses suites ne sont pas non plus sans exposer les malades à des complications graves et éventuellement mortelles, de même ordre. On ne peut nier qu'en particulier « les manœuvres

1. F. Dévé, L'intoxication hydatique post-opératoire (*Revue de Chirurgie*, mai-juillet 1911).

nécessaires pour évacuer un kyste central du poumon n'exposent la vie du malade » (Lamas). Aussi dirons-nous, avec M. Dévé, qu' « avant de recourir à l'opération, il est bon de se demander si elle est vraiment nécessaire ».

IV

PRONOSTIC GLOBAL DE LA VOMIQUE HYDATIQUE SPONTANÉE

« *Il est de la plus haute importance pour le chirurgien de savoir ce que deviennent les kystes hydatiques du poumon abandonnés à eux-mêmes* » (Tuffier et Martin).

Dans une thèse aujourd'hui classique, Guimbellot écrivait, après les différents auteurs dont nous avons rappelé l'opinion au début de notre chapitre historique : « Le kyste hydatique du poumon présente, abandonné à lui-même, une *effrayante gravité*... Le traitement purement médical donnant *64 0/0 de mortalité* doit être absolument abandonné » (1). Nous avons vu, d'autre part, que d'après Baumgartner « l'abstention donne de 50 à 70 0/0 de décès » (2).

Sur quoi repose cette opinion, partagée par la plupart des chirurgiens?

Selon la remarque de M. Dévé, l'opinion en question ne peut résulter de l'expérience personnelle des chi-

1. M. Guimbellot, *Sur le traitement chirurgical dans les kystes hydatiques de la plèvre et du poumon*. Thèse Paris, 1910, p. 30 et 151.

2. Baumgartner et Bardon, *Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, 10 sep. 1921, p. 626.

rurgiens ; car, « par tempérament, par fonction, ils sont interventionnistes et n'ont aucune expérience du traitement médical ». En fait, leur opinion est basée sur diverses statistiques classiques (Davaine, Hearn, D. Thomas) « dont la valeur est fort inégale et dont l'analyse n'a pas été suffisamment dégagée de parti pris ».

En réalité, les pourcentages de mortalité que les chirurgiens ont tirés de ces statistiques — et qui, invariablement reproduits, constituent la source principale du malentendu médico-chirurgical, en cette matière — « ne visent nullement le cas précis de la vomique hydatique naturelle ».

Ayant repris ces statistiques et ayant relevé dans chacune d'elles les cas dans lesquels le kyste pulmonaire livré à son évolution naturelle *avait donné lieu à une « expectoration d'hydatides »*, M. Dévé est arrivé, dans son premier travail (1911), à cette conclusion que « la vomique hydatique pulmonaire abandonnée à son évolution naturelle serait suivie de guérison dans plus de 80 0/0 des cas ».

Dans sa thèse, Lepicard, après avoir discuté les anciennes statistiques de D. Thomas et de Hearn et les statistiques modernes de Madelung, de Becker et de Cranwell et Vegas, a versé au débat 30 observations inédites de vomique hydatique, recueillies auprès de médecins dont elles représentaient « la pratique intégrale ». Or, dans tous les cas la guérison était survenue.

Ultérieurement, Morquio déclarait avoir, pour sa part, observé le même résultat favorable dans une trentaine d'observations personnelles,

Il y a deux ans, Fairley faisait connaître la statistique

de l'hôpital de Melbourne, qui donnait 8 guérisons sur 10 cas.

Portu-Pereyra a rapporté, au début de l'année dernière, une série de kystes du poumon entrés à la clinique infantile de Montevideo : 6 cas sur 7 guérirent simplement par vomique.

Dans son récent travail, M. Dévé a fait connaître sa statistique personnelle comprenant : 4 cas de kystes latents découverts à l'autopsie ; 1 cas diagnostiqué radiologiquement chez un porteur de kyste du foie, mort, sans autopsie ; 4 cas opérés d'emblée, sans vomique préalable ; et enfin *8 cas où une vomique primitive s'était produite et où l'affection avait suivi son évolution naturelle* : dans les 8 cas la guérison avait suivi. A ces 8 observations s'ajoutent aujourd'hui 2 des observations que nous rapportons (obs. III et IV) et qui se sont également terminées par la guérison spontanée.

Ajoutons que M. Dévé avait fait allusion à 6 cas inédits qu'il tenait de plusieurs de ses confrères normands : « Dans ces observations les vomiques hydatiques pulmonaires se sont spontanément produites et ont abouti à la guérison, cinq fois au moins sur six, le sixième malade ayant été perdu de vue après plusieurs vomiques, sans que rien permette de croire qu'il ait succombé par la suite ».

Enfin, à la suite de l'article de M. Dévé, Peritchitch a rapporté sa statistique personnelle qui comprend 18 cas d'échinococcose pulmonaire : 1 de ces cas avait été traité par la ponction, 2 par l'opération d'emblée ; dans les autres une vomique hydatique s'était produite. Sur les 15 observations en question, 1 se termina par la mort, 1 malade dut être opéré à la suite de la pro-

duction d'un pyopneumothorax (ou pyopneumokyste ?) ; dans la dernière observation (obs. XVIII), le malade, au moment de la publication, était encore en traitement, « avec un pronostic bénin ». En réservant cette dernière observation, on a encore 12 vomiques « curatives » sur 15, soit 80 0/0 de guérison.

Nous récapitulerons ces données statistiques modernes dans le tableau suivant :

Madelung (1885).....	16 cas,	13 guérisons	= 81,2 o/o
Lemaire (1903).....	10 —	8 —	80 —
A. Becker (1907).....	18 —	15 —	83,3 —
Cranwell-Vegas (1910)....	8 —	7 —	87,5 —
Lepicard (1912).....	30 —	30 —	100 —
Morquio (1921).....	30 —	30 —	100 —
D. Fairley (1922).....	10 —	8 —	80 —
Portu-Pereyra (1923).....	7 —	6 —	85,7 —
Dévé (1923).....	10 —	10 —	100 —
Médecins normands (1923).	6 —	5 —	83,3 —
Peritchitch (1923).....	15 —	12 —	80 —
Total.....	162 cas,	144 guérisons	= 90 o/o

De ces chiffres il résulte que *la vomique hydatique spontanée comporterait 10 0/0* **d'échecs**. Nous ne disons pas : *de mortalité ;* car dans ce chiffre nous avons fait entrer non seulement des cas dont l'issue est restée douteuse, mais des cas qui, ayant nécessité l'opération secondaire, ont guéri. Même en admettant un chiffre de 10 0/0 de mortalité, nous sommes singulièrement loin des 64 0/0 de Guimbellot !

On voit donc que les pourcentages de mortalité sur lesquels se basent les partisans systématiques de l'opération ne répondent guère à la réalité.

V

CONDITIONS DE LA GUÉRISON SPONTANÉE PAR VOMIQUE HYDATIQUE

Les chiffres précédents mettent déjà en suffisante lumière la **valeur curative** de la vomique hydatique, niée à tort par certains auteurs modernes.

Ce ne sont pourtant encore que des *chiffres globaux*.

En réalité, il importe d'établir une division parmi les faits ; car « *la vomique hydatique n'est pas toujours curative* » (Dévé). Les conditions dans lesquelles cette éventualité peut survenir — les vomiques artificiellement provoquées étant laissées de côté — ne sont pas toutes également favorables à la guérison spontanée. Et s'il est des cas qui doivent inviter à l'abstention opératoire, au moins provisoire, il en est d'autres qui commandent d'emblée l'intervention chirurgicale.

Quelles sont les circonstances propices et défavorables à l'action curative de la vomique ? C'est ce que nous voudrions envisager dans ce chapitre d'où découleront d'elles-mêmes les indications respectives de l'abstention et de l'opération.

Nous n'aurons guère qu'à reprendre, à ce sujet, l'argumentation exposée par M. Dévé, dès son premier travail, celle qu'il a fait développer ensuite par Lepicard dans sa thèse et sur laquelle il a insisté de nou-

veau dans son article de 1922. Mais il ne sera peut-être pas superflu d'y revenir, puisqu'une série d'auteurs semblent encore méconnaître la valeur de ces conditions, tout en attachant à d'autres une importance exagérée.

Les deux grands types anatomo-cliniques de kystes hydatiques du poumon

« Ce qui, à notre sens, doit primer dans l'appréciation de l'indication opératoire, écrivait M. Dévé en 1911, c'est le *siège*, superficiel ou profond, et le *volume* du kyste ouvert dans les bronches ». Et il montrait que, « considérés du point de vue de la vomique spontanée, les kystes hydatiques du poumon doivent être divisés en deux catégories :

les kystes **corticaux**, *para-pleuraux* ;

et les kystes **centraux**, *para-bronchiques* ».

Ces deux types de lésions s'opposent, en effet, par leurs caractères anatomo-pathologiques, cliniques et évolutifs, bien résumés par Lepicard.

Les *kystes corticaux*, nés à distance des grosses et des moyennes bronches, « ont besoin d'être *volumineux* et *anciens* pour se rompre dans l'arbre respiratoire ». En outre, du fait de la discordance entre la taille de la cavité kystique et l'exiguïté relative de l'orifice bronchique, surtout du fait de la symphyse pleurale, fréquente en pareils cas — symphyse qui rend impossible l'affaissement progressif des parois de la poche et maintient, au contraire, indéfiniment béante sa cavité évacuée, — cette forme corticale accumule,

si l'on peut dire, les conditions défavorables à la guérison spontanée. En vérité, il convient de remarquer que « la déhiscence bronchique *spontanée* est peu fréquente dans les kystes corticaux ». Car si la vomique hydatique limpide (*hydroptysie* de Dévé) est parfois observée dans ces cas, c'est presque toujours à l'occasion d'une ponction qu'elle survient.

En revanche, les *kystes centraux*, nés dans le voisinage de la ramification bronchique, « s'ouvrent souvent à une époque relativement *précoce* de leur évolution, alors qu'ils ont une *taille modérée*. Pour eux se trouvent réunies toutes les conditions favorables à la guérison spontanée : large ouverture kysto-bronchique, petit volume du kyste, drainage facile, enfin parenchyme pulmonaire libre et malléable, se prêtant admirablement à la rétraction rapide de la poche » (Lepicard).

A ces conditions pathogéniques opposées s'ajoute le contraste des *conditions opératoires* : « Leurs particularités opératoires achèvent d'opposer les deux types de kystes. Dans les poches corticales plus ou moins symphysées à la paroi thoracique, l'intervention est, en général, des plus simples : *elle équivaut presque à une pleurotomie*. Au contraire, dans les kystes centraux, surtout dans les cas que nous avons en vue, où la poche, partiellement évacuée par une vomique, est *affaissée*, plus ou moins *infectée* et entourée de *parenchyme engoué*, l'opération devient délicate. Elle expose aux hémorragies graves, à l'infection pleurale et c'est en pareille circonstance que le chirurgien risque de s'égarer et de revenir « bredouille » (Dévé).

Ainsi : « dans l'alternative des kystes corticaux, la

vomique spontanée, d'ailleurs rare, est si exceptionnellement suivie de guérison, elle devient au contraire si fréquemment le point de départ d'une irrémédiable infection de la poche, que son apparition constituera *une indication de plus* d'intervenir sans retard par thoracotomie ». Et voici la formule frappante par laquelle M. Dévé résume cette notion : « *La vomique n'est pas faite pour les kystes corticaux* ».

Au contraire, « en cas de kystes centraux, la vomique aboutit à la guérison spontanée, dans la plupart des cas, dans une proportion qui peut être estimée aux environs de 90 0/0 des cas » (Dévé).

Les chiffres statistiques que nous avons réunis sont venus vérifier cette estimation avec une précision « mathématique », puisqu'ils nous ont donné *exactement* 90 0/0 de guérison après vomique spontanée. Mais, comme nous l'avons déjà fait remarquer, notre chiffre reste sans nul doute encore au-dessous de la vérité, puisqu'il englobe un certain nombre de cas de kystes suppurés plus ou moins corticaux, justiciables du traitement chirurgical.

Conditions accessoires

Aux deux conditions primordiales, tirées du siège et du volume du kyste pulmonaire évacué par vomique, il faut ajouter certains facteurs secondaires, cependant susceptibles d'influer sur la valeur curative de la vomique.

Age. — Il semble que, contrairement à l'opinion admise autrefois, *le pronostic soit plus favorable chez*

l'enfant. C'est un point signalé par Morquio et Zerbino : « Chez l'enfant les kystes ouverts dans les bronches ont beaucoup moins tendance à suppurer que chez l'adulte ». Question de volume de la poche évacuée, sans doute. Question d'ancienneté de lésion également ; car il n'est pas douteux que la sclérose pulmonaire périkystique qui tend à se développer autour des vieux kystes et qui s'associe souvent à la symphyse pleurale compromette singulièrement la faculté d'adaptation pulmonaire et gêne l'affaissement de la poche.

Localisation du kyste en hauteur. — C'est une donnée indiquée par M. Dévé et qu'il a fait reprendre par Lepicard : « Le siège du kyste par rapport à la canalisation bronchique, écrit cet auteur, a aussi son importance pour l'évacuation naturelle de la poche. Un *kyste du sommet* a des chances d'ulcérer une bronche relativement volumineuse *en regard de son point déclive* et, par là, son drainage sera facilité. Au contraire, un *kyste de la base* portera le plus souvent son ouverture *au niveau de son hémisphère supérieur*. Les produits hydatiques auront, par suite, beaucoup de difficulté à s'évacuer totalement et rapidement : ils stagneront dans la partie déclive ».

Contenu parasitaire du kyste. — Il semblerait, *a priori,* que les kystes à contenu univésiculaire dussent être d'un pronostic plus favorable que les multivésiculaires, à partir du moment où la membrane-mère unique a été intégralement évacuée. Zerbino a fait remarquer avec raison, à ce sujet, qu' « une garantie de guérison est l'expulsion de la membrane hydatique, foyer de

suppuration ». Et nous pourrions invoquer, à l'appui de cette remarque, l'exemple de notre observation III.

Mais, précisément, à cette opinion on peut objecter que l'évacuation intégrale du parasite est, alors, particulièrement laborieuse. Par suite de l'exiguïté de l'orifice bronchique, la membrane-mère reste souvent prisonnière dans la cavité kystique, tandis que des hydatides plus ou moins affaissées, expulsées individuellement ou par groupes, permettraient une évacuation fractionnée de la poche.

Ne doit-on pas redouter, par ailleurs, que la soudaine arrivée d'une large membrane dans la canalisation bronchique ne puisse déterminer une asphyxie mortelle ? On est forcé de reconnaître qu'en fait, l'éventualité en question est tout à fait exceptionnelle. Les quelques cas de mort par asphyxie brusque qui ont été rapportés paraissent avoir été le fait d'une inondation broncho-pulmonaire par un flot de liquide hydatique ou de pus contenu dans un gros kyste, plus que celui d'une obstruction trachéale ou glottique par une volumineuse membrane parasitaire. Comme Peritchitch le faisait remarquer récemment : « Chose curieuse, l'expectoration même de grosses membranes hydatiques par de petits malades se fait sans grande peine ». Il n'empêche que l'élimination de la membrane-mère « d'une pièce » — de façon parfois presque paradoxale — comporte un moment souvent dramatique (cf. notre obs. III) et l'on peut concevoir qu'un sujet affaibli, en état de déficience respiratoire ou de défaillance cardiaque, puisse y succomber.

Suppuration du kyste. — Une dernière condition

pathogénique est susceptible d'influer sur l'évolution ultérieure et sur la terminaison de la vomique hydatique : c'est l'intervention de *l'infection kystique*. La plupart des auteurs, tant médecins que chirurgiens, accordent à cette éventualité, très commune, une extrême importance : *elle tiendrait sous sa dépendance le pronostic de la vomique*. Ce point vaut d'être discuté.

En effet, à lire les auteurs, il semblerait qu'à partir du moment où « l'infection » entre en jeu et où s'installe « la suppuration », le pronostic change entièrement et que désormais tout espoir de guérison spontanée devienne vain, le malade étant voué à « l'hecticité ». D'où ce corollaire qu'il faut, dès lors, se hâter de recourir à l'opération.

Rappelons tout d'abord, à ce sujet, l'opinion si souvent invoquée de Tuffier :

« La vomique est le mode de guérison naturelle. Malheureusement *dans la très grande majorité des cas l'infection aggrave considérablement le pronostic de la rupture*, de telle sorte que cette éventualité qui pourrait paraître au premier abord heureuse et désirable doit au contraire être considérée comme un *danger permanent* »... Lorsque la cavité « est très infectée, *il persiste une véritable caverne suppurante*... Cette phase cavitaire est *l'évolution habituelle*, *presque fatale*, de l'échinococcose... A quels accidents succombent les malades ? Le plus grand nombre meurent d'*hecticité* ou de complications pulmonaires après ouverture du kyste dans les bronches, ce qui suffit à démontrer *l'extrême gravité de la vomique*... En somme, la cause la plus fréquente (de mort) est *l'infection qui suit la*

vomique... La seule façon de diminuer cette mortalité dans des proportions considérables est d'*opérer dès que le diagnostic est établi*... Le diagnostic de kyste hydatique du poumon indique formellement l'intervention chirurgicale, parce que la différer, *c'est exposer le malade aux graves dangers de l'évolution spontanée, à la vomique, à la suppuration* » (1).

Voici maintenant les opinions de A. Schwartz, de Latteri et du Professeur Sergent, déjà rapportées dans notre aperçu historique :

« La vomique doit être considérée comme une complication *parce qu'elle conduit à l'infection et à la suppuration du kyste* » (A. Schwartz, 1912).

« *L'implantation des germes pyogènes conduit à l'établissement d'une cavité suppurante* qui communique avec l'extérieur *sans aucune tendance à la guérison* » (Latteri, 1921).

« La vomique peut être *précédée* de la *suppuration du kyste*. En pareil cas, il est exceptionnel qu'elle soit libératrice et curative ; *le plus souvent elle laisse derrière elle une suppuration interminable* » (Sergent, 1922).

De ces quelques citations il résulterait donc que le pronostic de la vomique serait mauvais :

1° lorsqu'un kyste aseptique s'étant évacué dans les bronches se trouve secondairement envahi par les germes pyogènes, commensaux de l'arbre trachéo-bronchique ;

2° surtout, lorsqu'on a affaire à une cavité kystique

1. Tuffier et J. Martin, Kystes hydatiques du poumon (*Revue de Chirurgie*, 10 janvier 1910.

préalablement suppurée qui s'est rompue dans les bronches.

Ce sont là des vues théoriques.

On trouverait dans la littérature médicale nombre de faits dans lesquels la vomique fut *suivie d'infection de la poche* ouverte dans la canalisation bronchique — conséquence d'ailleurs à peu près *constante* — et se termina néanmoins par la guérison. Et plus nombreux encore — car ils constituent *le cas habituel* — seraient les exemples de *kystes préalablement suppurés* ayant donné lieu à une vomique plus ou moins fétide, et qui n'en ont pas moins guéri sans complications.

Mais une statistique basée sur des cas prélevés, deci de-là, dans la littérature n'offrirait aucune valeur démonstrative. On pourrait lui objecter d'être tendancieuse et d'avoir fait abstraction des cas défavorables. Aussi avons-nous préféré nous borner à reprendre, à ce point de vue, les dix observations de la statistique intégrale de M. Dévé, dans lesquelles une vomique s'est produite. Les six premières sont consignées dans la thèse de Lepicard ; les quatre dernières dans la nôtre.

Voici, réduite aux points qui nous intéressent, quelle y a été l'évolution des accidents :

Obs. 1 (obs. I de la thèse Lepicard). — Femme, 30 ans. Crache, une première fois, des « peaux » en octobre 1904. En janvier 1906, elle rend, au milieu de crachats *purulents*, *malodorants*, une « peau blanche ayant le goût de matière fécale ». Dans les jours qui suivent, elle rejette dix à douze « peaux » semblables. Dernière vomique, plus volumineuse, le 22 février : la malade « rejette une volumineuse membrane enroulée qui « ne voulait pas passer » et qu'elle dut retirer de la gorge avec

ses doigts : elle crut étouffer. Les crachats qui l'accompagnaient renfermaient du sang »... De ce jour, disparition progressive de l'expectoration. Guérison.

Obs. 2 (obs. II, th. L.). — Homme, 48 ans. En 1903, a été pris, au milieu de son travail, d'une vomique de *pus fétide* « sentant les œufs pourris ». Quelques jours plus tard, hémoptysie. Depuis lors, tous les ans, il a eu des rejets de matières jaunâtres « sentant mauvais », accompagnées de membranes. Dernière vomique en 1906. Guérison.

Obs. 3 (obs. III, th. L.). — Garçon, 11 ans. Hémoptysies graves et répétées. Diagnostic de kyste hydatique fait par la radioscopie. *Opération négative.* Quinze jours plus tard, vomique de lambeaux de membrane hydatique (*vomique curative post-opératoire*). Pas de fièvre. Aucune complication.

Obs. 4 (obs. IV, th. L.). — Homme, 40 ans. Depuis deux mois, pâleur, amaigrissement, fièvre, sueurs, puis toux. Le 13 juin 1910, le malade rejette une quantité de *pus sentant très mauvais*, mélangé de membranes « semblables à du lait caillé ». Les jours suivants, l'expectoration continua, fétide, putride, mais sans nouveau rejet de membranes. Jusqu'au 23 juin, le malade continue d'avoir une *expectoration putride* ; il conserve de la fièvre, avec grands accès suivis de sueurs. Signes cavitaires au sommet gauche en arrière. Puis rapidement les signes rétrocèdent. Guérison.

Obs. 5 (obs. V, th. L.). — Homme, 44 ans. Commence à tousser en janvier 1911. Le 25 janvier, il vomit brusquement un bol de *pus fétide* renfermant des membranes « longues de 10 centimètres ». Les jours suivants, il rend encore des peaux et des crachats couleur chocolat. Pendant trois semaines, l'état du malade fut très sérieux ; il crachait du pus fétide et présentait une fièvre à grandes oscillations ; il avait beaucoup maigri. Puis

peu à peu amélioration. Mort le 12 juin 1911, trois jours après une opération pour kystes multiples de l'abdomen. A l'autopsie : caverne pulmonaire vide et affaissée, en voie de guérison manifeste.

Obs. 6 (obs. VII, th. L.). — Femme, 58 ans. Rejette, en juin 1891, des « matières noires, *fétides*, renfermant des membranes ». Nouvelles vomiques en septembre, puis en novembre de la même année (membranes hydatiques vérifiées par Sabourin). Guérison.

Obs. 7 (obs. I de notre thèse). — Homme, 41 ans. Première vomique en août 1920 : il rejette une « peau blanche » et crache 100 grammes de *pus fétide*, Le soir, fièvre. Les jours suivants, expectoration muco-purulente. Nouvelle petite vomique, huit jours plus tard. Dans le courant d'octobre, trois nouvelles vomiques hydatiques : fièvre, frissons, rejet de pus et de débris hydatiques. Guérison définitive.

Obs. 8 (obs. II de notre thèse). — Homme, 46 ans. Au début de septembre 1920, première vomique spontanée de liquide clair comme de l'eau et de saveur salée (*hydroptysie*). Seconde « hydroptysie », le 30 novembre de la même année. Un examen radioscopique fait découvrir, dans le poumon gauche, un kyste hydatique qui est opéré en février 1921. Dès ce moment existait une ombre hilaire anormale dans le poumon opposé. Dans les suites opératoires se produisent de nouvelles hémoptysies d'abord attribuées à la cavité kystique ouverte chirurgicalement, mais qui se prolongent anormalement alors qu'aucun signe n'est plus perceptible dans la région opératoire. En juillet 1921, une nouvelle radioscopie montre la persistance d'une ombre arrondie anormale dans la région hilaire droite : on soupçonne un second kyste. Deux ans plus tard, en août 1923, le malade rejette un débris de membrane hydatique et, quelques jours après, il a une vomique de *pus fétide* renfermant des

débris hydatiques. Un examen radioscopique pratiqué un mois plus tard montre la disparition de l'ombre para-hilaire droite. Guérison.

Obs. 9 (obs. III de notre thèse). — Homme, 28 ans, ayant présenté des hémoptysies à répétition. Ponctionné pour un kyste hydatique du poumon droit, en juin 1917. Aucun incident immédiat ni dans les semaines qui suivent. Puis retour intermittent des petites hémoptysies. Un an et demi après la ponction, le malade commence à faire de la fièvre et présente une vomique de *pus extrêmement fétide*. Quelques jours plus tard, il rejette, d'une pièce, une « poche grosse comme le poing », d'odeur fétide. Dès lors, guérison rapide.

Obs. 10 (obs. IV de notre thèse). — Femme, aujourd'hui âgée de 75 ans, ayant craché, à l'âge de 27 ans, une membrane gélatineuse reconnue pour un kyste hydatique par Leudet. A ce moment, fièvre, sans crachats purulents (?). Guérison s'étant maintenue depuis quarante-huit ans.

Ainsi, huit fois sur dix (les deux observations 3 et 10 étant exceptées), il s'est agi de *kystes préalablement suppurés* s'étant évacués par vomique. Et *dans toutes, la guérison spontanée s'est produite.* Une telle constatation suffit à montrer l'inexactitude de l'opinion que nous discutons.

Il n'est pas contestable, cependant, que ce soit en cas de kystes suppurés qu'aient été observés la plupart des accidents mortels. Comment expliquer la différence de gravité selon les cas ?

Faut-il admettre qu'elle est en relation avec une différence d'*abondance* et surtout de *virulence des germes infectieux*, répondant sans doute à ce que Tuffier désigne par l'expression de « cavités très infec-

tées » ? La chose est possible, quoique non positivement démontrée.

Ne doit-on pas plutôt soupçonner que la différence de gravité dépend de la *variété des germes en cause* ? L'explication est très plausible ; mais, à notre connaissance, aucune étude bactériologique systématique n'a été faite à cet égard. Ce qu'il semble qu'on puisse du moins affirmer, c'est que l'intervention des *microbes anaérobies* — origine habituelle, sinon constante des *suppurations fétides* et surtout franchement *putrides* — ne suffit pas à conférer à la suppuration kystique et à la vomique un caractère de gravité inéluctable. Plusieurs de nos observations en fournissent la preuve.

En réalité, l'élément primordial du processus pathogène semble être, ici comme dans nombre de suppurations, un *facteur mécanique*. De la vidange plus ou moins complète de la cavité suppurante, en d'autres termes, de la *rétention septique* dépend surtout la menace d'infection du parenchyme pulmonaire ambiant et de toxi-infection générale. Or, la rétention de la collection purulente est facilement provoquée par les conditions anatomo-pathologiques sur lesquelles nous avons suffisamment insisté, à savoir : l'ancienneté de la poche (d'où grande taille et sclérose périkystique) et son siège cortico-pulmonaire (d'où pachypleurite et symphyse pleurale).

De la discussion précédente on peut, en tout cas, retenir qu'*une vomique hydatique affectant*, d'emblée ou secondairement, *le type purulent et fétide*, même si une telle vomique doit se répéter, *n'est nullement incompatible avec une guérison spontanée et définitive*.

La remarquable *résistance naturelle des malades à ces suppurations intra-pulmonaires nettement enkystées* — lorsque la collection sera *centrale*, c'est-à-dire de taille modérée et facilement drainée dans la canalisation bronchique — est une notion qui mérite d'être retenue du clinicien. Si elle ne doit pas l'entraîner à une temporisation « indéfinie », elle l'engagera du moins à ne pas céder trop vite à une impression pessimiste qui le conduirait à provoquer une intervention chirurgicale « le plus souvent inutile et qui n'est pas sans dangers » (Dévé).

VI

DIAGNOSTIC DES CONDITIONS ANATOMIQUES DU KYSTE ÉVACUÉ PAR VOMIQUE

Si c'est, en grande partie, du siège central ou périphérique et de la taille du kyste que doit dépendre la décision thérapeutique à prendre à la suite de la vomique hydatique spontanée, on conçoit l'importance que prendra, en pratique, la précision de ces deux données.

Examen clinique. — Déjà la recherche des signes stéthoscopiques traditionnels, apportera des renseignements précieux à cet égard.

En cas de *kystes centraux*, les signes de percussion pourront être absents ou se borner à une légère submatité. Quant aux signes d'auscultation, ils resteront discrets et souvent obscurs. En particulier, l'auscultation de la toux, si importante pour dépister les signes cavitaires profonds, restera souvent négative. Indication déjà précieuse ; car elle permettra de prévoir avec grande probabilité que la cavité est centrale, de petite taille ou affaissée.

Tout se bornera souvent à un peu d'obscurité du murmure vésiculaire et à quelques râles sous-crépitants traduisant la réaction pulmonaire périkystique. Parfois cependant, il s'y ajoutera, dans la région cor-

respondant au kyste, une respiration soufflante, un retentissement bronchophonique de la toux et de la voix. On pourra enfin, dans certains cas, trouver, en un point limité, un souffle et un retentissement tubo-cavitaires de la toux, avec ou sans gargouillements.

Les signes seront un peu plus nets, mais resteront circonscrits, en présence d'un *petit kyste relativement périphérique*, comme c'était certainement le cas chez le malade que nous avons pu ausculter dans le service de M. Dévé (obs. I) : submatité franche, limitée à la base pulmonaire droite ; obscurité, presque silence respiratoire dans la zone submate ; pas de râles ni de souffle à la respiration normale ; mais, à la toux, souffle à timbre cavitaire avec gargouillements, dans une étendue à peine large comme une pièce de deux francs ; pas de timbre métallique, aucune succussion.

En revanche, les signes stéthacoustiques deviendront évidents en cas de *kyste du type cortico-pleural*, lorsque la poche ouverte dans les bronches sera *de grande taille*. Un examen méthodique permettra de constater, alors, tous les *signes amphoriques* : bruit de pot fêlé à la percussion, surmontant une zone de matité mobile ; absence de murmure vésiculaire, souffle caverneux ou mieux franchement amphorique, accompagné ou non de tintement métallique, de bruit d'airain et de succussion hippocratique. Ces bruits, qui caractérisent le « pyo-pneumokyste hydatique du poumon », sont très souvent attribués à un pyo-pneumothorax, alors qu'*ils se passent dans la cavité intra-pulmonaire* (Dévé).

Ponction exploratrice. — Autrefois, pour préciser le

diagnostic, en pareils cas, on recourait volontiers à la ponction exploratrice. Si, à vrai dire, cette exploration ne présente pas, en l'espèce, les mêmes inconvénients qu'en cas de kyste limpide intact, elle n'en devra pas moins être presque toujours rejetée.

Sans doute, en cas de poche superficielle avec signes hydroaériques, la seringue permettrait de recueillir un liquide plus ou moins purulent, plus ou moins fétide, dans lequel le microscope pourrait révéler la présence de petits débris cuticulaires feuilletés ou de crochets pathognomoniques. Mais quels renseignements nouveaux apporteraient ces constatations ? Le diagnostic de kyste hydatique pulmonaire n'a-t-il pas déjà été irréfutablement établi par la vomique spécifique ?

Aussi bien la ponction comporte-t-elle ici des inconvénients et des dangers. L'aiguille risque d'inoculer — au moment de son retrait — avec un pus souvent septique et renfermant des germes anaérobies, non seulement la paroi thoracique (abcès pariétal et sous-cutané, éventuellement gazeux), mais surtout l aplèvre si, par hasard, il n'y a pas de symphyse.

Quant à la localisation du kyste, la ponction exploratrice apportera peut-être un supplément de précision utile au chirurgien, le patient étant *sur la table d'opération*. Encore l'opérateur pourra-t-il s'en dispenser s'il a eu soin de recourir, au préalable, à un autre mode d'exploration qui permettra de fixer le siège exact du kyste : à la radioscopie.

Exploration radiologique. — A l'heure actuelle, il est devenu banal et vraiment superflu d'insister sur

l'importance des renseignements fournis par l'exploration radioscopique et sur la nécessité qui s'impose au clinicien et au chirurgien de s'adresser à ce mode d'examen dans toute affection pulmonaire tant soit peu obscure. D'autant plus que *le kyste hydatique du poumon constitue, en général, un des triomphes du radiodiagnostic.*

Toutefois, dans les cas que nous avons en vue, il ne faudrait pas s'attendre à rencontrer toujours l'image si frappante décrite par Béclère, qui impose *presque*, au premier coup d'œil, le diagnostic d'échinococcose pulmonaire : c'est-à-dire, l'ombre opaque, au contour « tracé au compas », tranchant sur la clarté des champs pulmonaires.

Encore que l'image radiologique en question soit capable de provoquer certaines *erreurs de diagnostic* — pleurésie interlobaire, hématome traumatique du poumon, néoplasme du poumon, anévrisme de l'aorte, fibromes, neuro-fibromes et fibro-sarcomes pédiculés des côtes — sur lesquels les Professeurs Sergent (1), Chauffard et P. Duval (2), ont récemment appelé l'attention, *ce n'est généralement pas sous cet aspect net que se présenteront les kystes hydatiques du poumon partiellement évacués par vomique*, surtout lorsqu'on aura affaire à un kyste central.

Comme dans le cas qu'il nous a été donné d'examiner (obs. I), au lieu d'un contour nettement tranché et curviligne, l'écran ne montrera parfois qu'une *ombre floue et irrégulière*, au milieu de laquelle il sera impossible de découvrir un espace clair ou le contour d'une

1. E. Sergent, *Le Monde médical*, 1er octobre 1922.
2. A. Chauffard et P. Duval, *La Médecine pratique*, 15 fév. 1923.

cavité intra-pulmonaire. Et le cliché radiographique ne sera le plus souvent guère plus précis. Car dans ces cas le contenu opaque du kyste aura été partiellement rejeté et d'autre part la réaction pulmonaire congestive et inflammatoire périkystique estompera et diffusera les contours de la lésion.

M. Dévé nous a fait remarquer que *l'injection intra-trachéale de lipiodol* pourrait apporter, dans ces cas comme en cas de dilatations bronchiques (1), des données intéressantes. Sans aucun doute, ce mode d'exploration radiologique permettrait de préciser le *siège*, la *forme*, le *volume de la cavité kystique intra-pulmonaire*, en même temps que ses relations avec la canalisation bronchique : spécialement *le siège et le calibre de l'orifice broncho-kystique*. Nous ignorons si cette épreuve a déjà été appliquée au cas particulier. Elle mériterait certainement de l'être.

Lorsqu'il s'agira, au contraire, d'une vaste poche cortico-pulmonaire plus ou moins symphysée à la paroi et à contenu hydroaérique ou plus souvent *pyo-gazeux*, la radioscopie montrera avec une parfaite netteté l'existence du kyste, son siège intra-pulmonaire (non hépatique ni pleural) et sa localisation exacte, qu'on repèrera avec soin. De plus, elle rendra évidente, s'il restait un doute à cet égard, la présence d'un contenu liquide et gazeux dans la poche, en montrant une *ligne de niveau* sombre se déplaçant suivant l'inclinaison du malade et subissant des ondulations à la succussion. La thèse de Guimbellot contient quelques belles radio-

1. Cf. E. Sergent, F. Bezançon, *Académie de Médecine*, janvier 1924.

graphies de cet aspect tout à fait caractéristique du pyopneumokyste du poumon.

Sans vouloir diminuer en rien la grande valeur de l'examen radiologique « qu'on ne manquera pas d'utiliser toutes les fois qu'on le pourra » — et qu'il a, pour sa part, toujours utilisé dans les cas de ce genre — M. Dévé a fait remarquer, *du point de vue du diagnostic de l'indication opératoire*, qu' « *en pratique, l'examen clinique*, l'étude attentive des signes stéthoscopiques, apporteront, au sujet du siège et du volume du kyste, des *renseignements presque aussi importants que ceux de la radioscopie*. L'étendue et la superficialité des signes amphoriques commanderont *l'intervention d'emblée*, comme le ferait un pyo-pneumothorax. Par contre, l'obscurité des signes cavitaires, la difficulté qu'on éprouvera souvent à localiser le foyer au milieu des phénomènes congestifs qu'il provoque autour de lui, engageront le clinicien à *temporiser* ».

C'est la question qu'il nous reste à envisager dans un dernier chapitre consacré à la discussion de la conduite à tenir en présence d'une vomique hydatique pulmonaire spontanée.

VII

CONDUITE A TENIR EN CAS DE VOMIQUE HYDATIQUE SPONTANÉE

Le problème thérapeutique que nous avons à considérer maintenant se trouve très simplifié par la discussion dans laquelle nous sommes entré au cours des chapitres précédents. Ses principales données nous sont connues.

Mais avant d'envisager la conduite à tenir en présence d'un malade ayant présenté une ou plusieurs expectorations d'hydatides, une question préalable mérite d'être nettement tranchée, quoiqu'elle sorte du cadre strict que nous nous étions tracé et qu'elle ne réponde pas au titre même de ce chapitre.

Nous tenons cependant à ne pas la négliger, car elle a été posée — sous une forme parfois ironique à l'adresse des « médecins expectateurs » (Charrier), des « admirateurs de la vomique » (Lamas), de ceux « qui espèrent encore en la vomique curative » (Pélissier), de ces « médecins timorés » qui « attendent la vomique comme une thérapeutique efficace et sans danger parce que naturelle » (Baumgartner), — par des chirurgiens contestant la valeur curative de la vomique hydatique.

Cette question est la suivante :

Un kyste du poumon a été diagnostiqué (cliniquement,

biologiquement, radiologiquement) *avant sa rupture dans les bronches*. La vomique spontanée a-t-elle une valeur curative telle qu'on doive, en pareil cas, escompter son efficacité et se borner à attendre son apparition ?

La réponse à cette question a été explicitement donnée par M. Dévé, dès 1911. Il ne semble pas que Charrier, ni Lamas, ni Pélissier, ni Baumgartner y aient prêté suffisamment d'attention.

A. — S'agit-il d'un *kyste cortico-pulmonaire* ? — La question ne se pose même pas. Les kystes de cet ordre, écrit M. Dévé, « qu'ils aient ou non donné lieu à une vomique, seront *tous et toujours traités d'emblée par la thoracotomie* ».

B. — S'agit-il d'un *kyste central* encore intact, découvert à l'écran radioscopique ? — « La conduite peut être discutée :

Kyste de petite taille et situé au voisinage du carrefour hilaire : *s'abstenir* (1).

Poche relativement volumineuse et d'un abord aisé : *intervenir sans attendre la vomique* ».

Arrivons maintenant au problème qui se pose le plus souvent en pratique :

Une expectoration d'hydatides est survenue spontanément chez un individu dont le kyste n'avait pas été soupçonné jusque-là. Presque toujours le malade a été

1. Tuffier convient lui-même qu'« on pourrait à juste raison taxer de témérité excessive ceux qui, à travers une épaisse couche de tissu pulmonaire, voudraient aller chercher un parasite petit dont la présence ne constitue aucun danger immédiat » (*Revue de Chir.*, 1910, p. 223).

considéré comme un tuberculeux, jusqu'au jour où s'est produite la « vomique révélatrice ». Quelle conduite tenir en semblable circonstance ?

La même division que précédemment nous paraît s'imposer :

A. — A-t-on affaire à un **kyste cortical** et à un kyste *de taille relativement grande*, par exemple du volume d'une orange et au-dessus ? — *Ouvrir la poche sans retard et la drainer.*

Par exception, la poche, bien que *relativement superficielle*, est-elle *de taille modérée* (œuf) ou de petite taille, comme c'était sans doute le cas dans notre observation I ? — *Temporiser, en surveillant le malade.* C'est la conduite qui fut conseillée par M. Dévé dans l'observation à laquelle nous faisons allusion, et la guérison se poursuivit très simplement. Que si, en même temps que la fièvre, les signes cavitaires superficiels avaient l'air de persister, *on ouvrirait secondairement la caverne hydatique.*

B. — S'agit-il, par contre, d'un **kyste central**, siège reconnu d'après les signes cliniques et vérifié par les constatations radiologiques ? — La vomique curative trouve là, nous l'avons vu, ses conditions les plus favorables... et l'opération ses circonstances les plus défavorables. Il sera indiqué de « *temporiser*, en continuant de surveiller le malade (température, état général, signes stéthacoustiques, examens radioscopiques répétés) ».

Deux éventualités pourront dès lors se produire :

a) Dans les cas de beaucoup les plus fréquents, on assistera à la régression des signes stéthoscopiques, radioscopiques, fonctionnels et généraux, « quitte à

voir cette évolution favorable ultérieurement entrecoupée de nouvelles petites vomiques épisodiques ». En pareil cas, on s'en tiendra à l'*expectation simple*, « secondée, au besoin, par diverses médications adjuvantes, notamment l'antisepsie pulmonaire par la voie sous-cutanée ou endo-bronchique » (Dévé) (1).

b) Dans des cas qui représentent certainement l'exception, on verra les signes fonctionnels et généraux s'aggraver, pendant que les signes stéthoscopiques persisteront ou s'accentueront. Alors, il pourra être indiqué d'*ouvrir la poche et de la drainer*.

Au sujet de cette dernière alternative, deux remarques sont à faire. La première est d'ordre clinique, la seconde sera d'ordre opératoire.

Il importe de se rappeler que, dans des cas qui néanmoins finissent par guérir spontanément, on voit assez fréquemment la fièvre persister quelque temps, en prenant parfois, durant plusieurs jours, une importance à première vue un peu inquiétante (accès fébriles accompagnés de frissons et de sueurs); en même temps, l'état général peut s'altérer (pâleur, inappétence, amaigrissement). Ajoutons que la vomique est éventuellement suivie de réactions congestives pulmonaires et aussi d'hémoptysies parfois répétées et parfois importantes. Enfin il n'est pas rare de voir l'expectoration prendre — quand elle ne l'a pas d'emblée — un caractère de fétidité impressionnant, qui peut faire craindre la gangrène.

1. Tout dernièrement, deux auteurs argentins, C. A. Castagno et S. Mazza, ont rapporté deux cas dans lesquels ils auraient traité avec avantage la suppuration consécutive à la vomique par un autovaccin (*La Semana medica*, 13 déc. 1923, p. 1295).

Et cependant tout cet appareil tombe ordinairement en quelques jours, le plus souvent à la suite d'une nouvelle expectoration de membranes ou d'hydatides. Comme l'a écrit M. Dévé : « On ne s'alarmera pas *outre mesure* de la gravité *habituellement passagère* de ces symptômes ».

Il faut convenir, néanmoins, qu'on ne pourra pas toujours se défendre de craintes au sujet de la « tournure » que prendront ces accidents infectieux. Il y aura parfois là une *période ambiguë* qui pourra se prolonger, avec ou sans accalmies et mettra à l'épreuve la sagacité du clinicien.

Combien de temps devra-t-on laisser évoluer les accidents ? A quel moment, à l'apparition de quel symptôme le médecin devra-t-il « passer la main » au chirurgien ? Il est bien difficile de donner à cet égard un critérium absolu. Plus que de l'abondance et de la fétidité de l'expectoration, on tiendra compte de la marche de la fièvre, de la résistance du malade, de la conservation de son état général, de la tension artérielle, de la diurèse, etc. Bref, ce sera surtout affaire de *sens clinique*. N'est-ce pas là, au surplus, un de ces problèmes d'ordre pronostique qui se posent journellement pour le médecin, appelé à suivre des pneumonies, des bronchopneumonies grippales, etc. ?

Sans doute, il ne faudra pas « trop » attendre. Assurément, en face d'accidents traduisant un état de « rétention purulente », il ne faudra pas attendre « plusieurs mois, indéfiniment » ! Mais peut-être importe-il autant de ne pas trop se hâter de prendre le bistouri. D'abord parce que, dans les cas qui nous occupent — on ne perd pas de vue qu'il s'agit exclusivement

des *kystes centraux* évacués par vomique — l'expérience clinique démontre que *la guérison survient finalement neuf fois sur dix*. Et ensuite parce que, nous y avons déjà insisté, en pareille circonstance, *les conditions opératoires se trouvent être les plus défavorables*.

D'une part, en effet, redisons-le, *la poche est, alors, d'un abord difficile*. Elle est malaisée à découvrir, en dépit d'un repérage préalable : tant à cause de sa rétraction et de son siège profond que du fait des lésions d'hépatisation bâtarde qui l'entourent. « Au milieu de ces lésions, écrivait M. Dévé en 1911, le bistouri et le doigt du chirurgien pourront errer au cours de l'opération, non sans danger pour le malade si l'opérateur n'a pas la sagesse de battre en retraite — ainsi que l'ont fait prudemment Gosset et François Hue, qui avaient pourtant, l'un et l'autre, demandé son secours à la radiologie ».

Et d'autre part, en l'absence de symphyse pleurale, qui est alors de règle, le chirurgien risque d'infecter la plèvre avec le contenu septique de la cavité kystique : d'où l'éventualité des pleurésies purulentes et putrides et des pyo-pneumothorax post-opératoires.

Avant de terminer, nous voudrions dire un mot d'une toute autre méthode de traitement, actuellement à l'ordre du jour. Elle a été utilisée et a donné des succès pour d'autres collections suppurées intra-pulmonaires : nous voulons parler du **pneumothorax thérapeutique**.

Sans vouloir le rejeter formellement, *a priori* et dans tous les cas, nous dirons immédiatement que les indi-

cations de ce mode de traitement semblent devoir rester fort restreintes dans le cas particulier.

En effet, le pneumothorax artificiel ne sera sans doute *presque jamais de mise en cas de poche kystique cortico-pulmonaire* : soit que la symphyse pleurale s'oppose à sa réalisation ou ne permette qu'un affaissement pulmonaire partiel ; soit qu'en l'absence de toute symphyse, cette intervention expose au danger de rupture du kyste dans la plèvre (au cours de quelque accès de toux) ou au danger d'infection de la séreuse, au voisinage de la cavité pulmonaire septique. P.-E. Weil, naguère très partisan du traitement des cavernes gangréneuses du poumon par la méthode de Forlanini, n'a-t-il pas exprimé récemment des réserves au sujet de cette thérapeutique qui lui a donné de graves mécomptes (pleurésies gangréneuses) ?

D'ailleurs, on ne peut complètement assimiler le kyste hydatique aux autres collections intra-pulmonaires. Car, s'il peut, à la rigueur, réaliser ou favoriser l'affaissement des parois kystiques, le pneumothorax pourra-t-il faire disparaître *le corps étranger parasitaire*, persistant au fond de telles poches ?

Pourra-t-il faire se résorber *l'amas de membranes ou d'hydatides putrescibles* qui entretiendra la septicité kystique et devra bien, un jour ou l'autre, être rejeté par vomique, à moins qu'il n'impose, de façon urgente, l'évacuation par thoracotomie ? Nul doute qu'il ne soit préférable de recourir, d'emblée et sans retard, à l'ouverture chirurgicale de telles poches.

Et pour ce qui est des *kystes centraux* déjà partiellement évacués par vomique, les statistiques que nous avons apportées ne démontrent-elles pas que ces cavi-

tés achèvent de se vider, de s'affaisser et guérissent fort bien, et souvent rapidement, sans le secours ni le besoin d'un collapsus pulmonaire artificiel ?

En fait, a-t-on déjà appliqué le pneumothorax artificiel au traitement des kystes du poumon évacués dans les bronches ?

Voici les trois indications bibliographiques, concernant ce sujet, que nous devons à M. Dévé :

Un chirurgien uruguayen, P. de Pena, a rapporté, en 1913, deux observations de kystes ayant donné lieu à vomique et dans lesquelles l'opérateur, étant intervenu..., n'avait pu découvrir la cavité kystique (1). Mais l'opération avait déterminé un pneumothorax qui, au dire de de Pena, aurait hâté la guérison spontanée (?).

En 1920, Alexander (de Davos) a, de parti pris, employé le pneumothorax artificiel chez un malade ayant présenté une vomique hydatique. *Son malade dut finalement être opéré après cinq insufflations !* Se basant sur cet unique cas, l'auteur recommande, dans les cas de *kystes manifestement ouverts dans les bronches,* le pneumothorax thérapeutique qui lui paraît constituer... une bonne préparation à l'opération radicale (2).

Enfin, dans le même ordre d'idées, Baumgartner et Bardon ont émis, en 1921, cette suggestion qu'en cas de kyste pulmonaire suppuré ouvert dans l'arbre bronchique, on pourrait « tenter la cicatrisation de la cavité en réalisant un collapsus pulmonaire localisé, *par pneumothorax extra-pleural*, dans lequel on gref-

1. P. de Pena, *Revista med. del Uruguay*, déc. 1913, p. 570.
2. H. Alexander, *Lungenechinococcus und Pneumothorax-Behandlung* (*Zentralbl. f. inn. Medizin*, 20 nov. 1920, p. 801).

fera une masse adipeuse en regard de la cavité pulmonaire évacuée » (1).

A quelle modalité de lésions s'adresserait une semblable opération ? Aux poches corticales ? N'est-il pas infiniment plus simple et préférable de les ouvrir ? — Aux kystes profonds ? Ne s'affaissent-ils pas d'eux-mêmes, très facilement ?

En somme, on peut appliquer également à cette thérapeutique du pneumothorax artificiel — qui, quoiqu'on en dise parfois, n'est pas sans comporter quelques inconvénients et même quelques risques — la réflexion de notre maître M. Dévé, à propos de l'intervention chirurgicale : « Avant d'y recourir, il est bon de se demander si elle est vraiment nécessaire ». Et nous conclurons en disant que, s'il n'est pas impossible que le pneumothorax artificiel puisse éventuellement trouver une indication chez un malade ayant présenté une vomique hydatique, ce ne sera jamais que dans des circonstances très exceptionnelles.

1. Baumgartner et Bardon, *Loc. cit.*, p. 628.

CONCLUSIONS

I. — Contrairement à l'opinion soutenue par certains auteurs modernes au sujet de la « prétendue vomique curative » en matière de kystes hydatiques du poumon, il n'est pas contestable que la *vomique hydatique spontanée* ne soit, dans un très grand nombre de cas, *réellement « curative »*.

Elle présente ce caractère dans 90 0/0 des cas.

II. — Le pronostic de la vomique dépend surtout des conditions anatomo-pathologiques du kyste ouvert dans les bronches. L'infection de la poche, qu'elle soit préalable ou secondaire, n'intervient qu'accessoirement dans l'évolution de cet accident.

III. — La facilité plus ou moins grande d'évacuation, de drainage naturel et d'affaissement de la poche constitue le facteur pathogénique capital. Elle est en relation avec le volume et l'ancienneté du kyste, avec le calibre et le siège de l'orifice fistuleux kysto-bronchique, avec la forme parasitaire, uni ou multivésiculaire, mais avant tout avec la situation centrale ou corticale de la poche kystique.

IV. — Dans les kystes corticaux, de taille relativement grande, la pachypleurite et la symphyse pleu-

rale, qui sont alors habituels, entraînent la stagnation d'une collection plus ou moins septique dans la cavité en communication avec les bronches : d'où, dans la plupart des cas, une suppuration kystique intarissable, à caractère fréquemment putride, avec toutes ses conséquences.

V. — Dans les kystes centraux, au contraire, kystes de petite taille, entourés d'un parenchyme pulmonaire malléable et libre d'adhérences, l'affaissement de la poche s'effectue généralement avec facilité et, à la suite d'une vomique unique ou plus souvent de vomiques répétées, la guérison survient, définitive, dans les neuf dixièmes des cas.

VI. — De ces données découle la conduite thérapeutique à tenir en présence d'un kyste hydatique du poumon ayant donné lieu à une expectoration d'hydatides :

Intervention chirurgicale précoce, en cas de *kystes périphériques*, cortico-pleuraux.

Temporisation et surveillance, en cas de *kystes profonds*, para-bronchiques.

Dans cette seconde alternative, ce sera seulement en présence de la persistance ou de l'aggravation des symptômes que se posera la question d'une intervention sanglante, toujours délicate en pareils cas.

VII. — Aussi indiscutable que soit l'action curative de l'élimination naturelle des kystes hydatiques du poumon, *il ne saurait être question d'attendre l'apparition de la vomique dans les cas où le kyste aura pu*

être reconnu avant toute déhiscence bronchique. En semblable circonstance, l'ouverture chirurgicale sera pratiquée sans retard, à moins qu'il s'agisse d'un kyste de petite taille profondément situé vers la région hilaire.

VIII. — L'examen radiologique apportera au clinicien comme au chirurgien de précieux renseignements qui les guideront pour la décision à prendre.

Vu, le Président de la thèse
A. CHAUFFARD

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
I. — Historique	14
Revue générale chronologique	18
Bibliographie	31
II. — Observations	34
III. — Complications respectives de la vomique hydatique spontanée et de l'opération	44
IV. — Pronostic global de la vomique hydatique spontanée	54
V. — Conditions de la guérison spontanée par vomique hydatique	58
Les deux grands types anatomo-cliniques de kystes hydatiques du poumon	59
Conditions accessoires	61
VI. — Diagnostic des conditions anatomiques du kyste évacué par vomique	72
VII. — Conduite à tenir en cas de vomique hydatique spontanée	78
Conclusions	87

Imp. de la Faculté de Médecine, JOUVE & Cie, 15, rue Racine, Paris. — 6167-24